



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação**

**A Enfermagem de Reabilitação  
na promoção da autonomia da pessoa com mobilidade  
reduzida decorrente de Acidente Vascular Cerebral e seu  
cuidador no contexto domiciliário**

**Susete Maria Gomes Amaro**

**2012**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação**

**A Enfermagem de Reabilitação  
na promoção da autonomia da pessoa com mobilidade  
reduzida decorrente de Acidente Vascular Cerebral e seu  
cuidador no contexto domiciliário**

**Susete Maria Gomes Amaro**

**Relatório de Estágio**

**orientado por:**

**Professora Maria Adelaide Pedreira Reina Pita Negrão**

**2012**

“De tudo quanto faço, me acrescento(...)”

Sophia de Mello Breyner Andresen

“...formar-se ao longo de toda a vida está não só, num acréscimo de saber, mas sobretudo está intrinsecamente ligado ao dever de cuidar da vida ao longo de todo o seu decurso.”

B. Honoré

“...sentido original dos cuidados...é participar em tudo o que  
pode promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos...”

Collière

Em especial,  
à Carolina que apesar de ser uma criança de 4 anos,  
compreendeu a importância dada pela mãe à  
conclusão deste percurso.

Dedico este trabalho a todos os que ajudaram na sua  
elaboração e acreditaram que seria o culminar  
de um projecto pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que contribuíram para que esta experiência fosse vivida como agradável, tanto a nível pessoal como profissional.

Em especial aos meus familiares que estiveram sempre presentes e acompanharam este percurso, dando o apoio necessário nas horas difíceis e partilharam as alegrias e os momentos de maior ansiedade.

À professora Maria Adelaide Pedreira Reina Pita Negrão, orientadora deste trabalho, dedico uma palavra especial de agradecimento pela sua preciosa e pronta colaboração, disponibilidade, sugestões e críticas construtivas do conteúdo das páginas que se seguem.

À direcção de enfermagem do Centro Hospitalar de Torres Vedras, na pessoa do Enfermeiro Mário Vilela, à chefia de enfermagem do serviço de ortopedia ao qual pertenço, na pessoa da Enfermeira Graça Carichas, uma palavra de agradecimento pelo apoio incondicional, colaboração e encorajamento.

A uma colega de trabalho e amiga para a vida, na pessoa da Enfermeira Fátima Baião, um agradecimento especial pelo seu apoio incondicional, colaboração e crítica construtiva, visto ser uma pessoa perita na área de desenvolvimento deste trabalho.

A todos os colegas uma palavra de apreço pelo apoio demonstrado para o desenvolvimento deste trabalho. Em especial às colegas que frequentaram o mesmo Curso de Mestrado, nas pessoas da Enfermeira Dulce Rodrigues, Enfermeira Isabel Capelo, Enfermeira Tânia Florentino, Enfermeira Cristina Machado e Enfermeira Célia Pereira, uma palavra especial de agradecimento por todo o apoio demonstrado.

A todos os orientadores e enfermeiros dos diferentes locais de estágio, uma palavra especial de agradecimento, que pelo seu empenho e dedicação contribuíram para a minha valorização pessoal e profissional.

## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral [AVC] é uma doença de instalação súbita e uma ameaça à saúde e bem-estar das pessoas. É caracterizado por uma elevada incidência, mas também, por uma elevada mortalidade e morbilidade, assim como, pela dependência que provoca, alterando a funcionalidade da pessoa e da estrutura familiar. A importância de abordar a problemática da promoção da autonomia da pessoa com AVC e seu cuidador em contexto domiciliário, surgiu devido ao contexto de cuidados de saúde actual, em que assistimos a uma política de cuidados de saúde a nível dos cuidados diferenciados, direccionada para o tratamento da doença com internamentos mais curtos e um regresso a casa precoce. Quando regressa ao contexto domiciliário, a pessoa e sua família/cuidador, depara-se com necessidades até então inexistentes, decorrentes de alterações subjacentes ao AVC, exigindo novas aprendizagens e readaptações. A reabilitação da pessoa com AVC em contexto domiciliário exige tempo, persistência e motivação, e tem como objectivo, melhorar a função, promover a autonomia e prevenir incapacidades por complicações secundárias.

Com o objectivo de desenvolver competências como Enfermeiro Especialista de Reabilitação, desenvolvi um projecto no âmbito da problemática já enunciada. O meu desempenho com base em conhecimentos científicos, habilidades e atitudes, fomentou a aquisição de competências específicas em enfermagem de reabilitação, com vista a conseguir concretizar os planos terapêuticos. Identifiquei as alterações de saúde e capacidades da pessoa e seu cuidador, incluí-os no planeamento de cuidados, e na perspectiva de procura de autonomia em todas as actividades possíveis no seu contexto de vida, motivei a pessoa a fazer tudo o que lhe era possível com ou sem ajuda, estimulando permanentemente a sua participação. No sentido da maximização do seu potencial de reabilitação, as instalações foram adaptadas, de modo a que a pessoa participasse no maior número de actividades possível, e os recursos possíveis e susceptíveis de participar no plano de reabilitação da pessoa com AVC, foram mobilizados contribuindo para o seu sucesso.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Autonomia, Contexto domiciliário, Enfermeiro Especialista de Reabilitação

## **ABSTRACT**

The stroke is a disease of sudden onset and a threat to health and well-being. It is characterized not only by a high incidence, but also a high mortality and morbidity. The dependence causes usually change in the functionality of the person and the family structure. The importance of promoting the autonomy of person with stroke and their caregivers in home context, emerged due to the nowadays politics of health care. Actually, the health care politic at the level of specialized care, is targeted to the treatment of disease with shorter hospitalization and earlier hospital release. When the patient returns home, their family/caregiver needs to face new limitations in coping with the changes underlying stroke, requiring new learning and new habits. The rehabilitation of people with stroke at home, requires time, persistence and motivation, in order to improve function, promoting independence and preventing secondary complications of disability. To develop skills as rehabilitation nurse, I designed and developed a project in this area. My performance, based on scientific knowledge, abilities and attitudes fostered the acquisition of specific skills in nursing rehabilitation, in order to be able to realize the effectiveness of therapeutic plans. Identified changes in health and capacities of the person and their caregiver, including them in planning care, aiming to seek autonomy in the activities of daily living in the context of his life, motivating the person to do everything he can, constantly encouraging their participation. In order to maximize the potential of rehabilitation, facilities also have been adapted, so that the person could participate in more activities. The resources available were mobilized to participate in the rehabilitation plan for people with stroke, contributing to his success.

**Keywords:** Stroke, Autonomy, Home Context, Rehabilitation Nurse

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIVD** - Actividades Instrumentais de Vida Diária

**AIT** - Acidente Isquémico Transitório

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**AVD** - Actividade de Vida Diária

**AVD's** - Actividades de Vida Diária

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EER** - Enfermeiro Especialista de Reabilitação

**EGA** - Equipa de Gestão Altas

**ENF<sup>o</sup>** - Enfermeiro

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OE** - Ordem dos enfermeiros

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**UMRNCCI** - Unidade Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



## **SUMÁRIO**

**Pág.**

<b>1. INTRODUÇÃO-----</b>	<b>10</b>
---------------------------	-----------

<b>2. FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA-----</b>	<b>12</b>
---	-----------

<b>2.1. Contributos da investigação na área da promoção da autonomia da pessoa com AVC e seu cuidador no contexto domiciliário-----</b>	<b>15</b>
---	-----------

<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-----</b>	<b>19</b>
--------------------------------------	-----------

<b>3.1. O regresso da pessoa com AVC e seu cuidador ao contexto domiciliário-----</b>	<b>29</b>
---	-----------

<b>4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E PERCURSOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS-----</b>	<b>32</b>
--	-----------

<b>4.1. Descrição e análise das actividades desenvolvidas e percursos utilizados no sentido de aquisição de competências na área enfermagem reabilitação-----</b>	<b>34</b>
---	-----------

<b>5. QUESTÕES ÉTICAS-----</b>	<b>51</b>
--------------------------------	-----------

<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----</b>	<b>52</b>
-------------------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFIA-----</b>	<b>55</b>
--------------------------	-----------

<b>ANEXOS-----</b>	<b>60</b>
--------------------	-----------

**ANEXO I - Processo da ECCI**

<b>APÊNDICES-----</b>	<b>73</b>
-----------------------	-----------

**APÊNDICE I - Cronograma**

**APÊNDICE II - Locais de visita de serviços de saúde**

**APÊNDICE III - Domínios/competências, objectivos, estratégias/  
actividades e critérios de avaliação**

**APÊNDICE IV - Locais dos ensinos clínicos**

**APÊNDICE V - Guião de observação**

**APÊNDICE VI - Instrumento de registo de enfermagem de reabilitação**

**APÊNDICE VII - Instrumento de registo de enfermagem de reabilitação**

**APÊNDICE VIII - Instrumento de registo de enfermagem de reabilitação**

**APÊNDICE IX - Escalas e instrumentos de avaliação**

**APÊNDICE X - Plano individual de intervenção**

**APÊNDICE XI - Registo de evolução de feridas**

**APÊNDICE XII - Indicadores de avaliação da ECCI**

**APÊNDICE XIII - Sessão de educação para a saúde – A nossa postura  
para prevenir lesões músculo-esqueléticas**

## 1. INTRODUÇÃO

A aquisição de competências na área da especialidade de enfermagem de reabilitação, obedece a normas emitidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE]. Neste âmbito todo o trabalho desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, e sustentado no final pelo relatório que pretende dar visibilidade de todo este percurso, deverá traduzir a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes, com a aplicação de teorias e conceitos científicos. Desta forma, os requisitos propostos pela Ordem dos Enfermeiros [OE] deverão ser cumpridos, mostrando-se a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação, com respectiva aplicação prática ao nível de vários contextos de cuidados de enfermagem.

O aumento crescente da esperança de vida e o consequente aumento do envelhecimento da população portuguesa, como resultado da diminuição da mortalidade e natalidade, bem como o aumento da prevalência de doentes com incapacidades poderão traduzir-se numa resposta insuficiente a nível da saúde, por parte dos serviços existentes. Neste sentido, com o objectivo de responder às necessidades das pessoas, e neste leque, enquadram-se as pessoas com diminuição das capacidades funcionais, decorrentes de Acidente Vascular Cerebral [AVC], têm vindo a ser implementadas várias políticas no âmbito da saúde, nomeadamente a nível do contexto comunitário.

A problemática em análise, no âmbito da aquisição de competências como Enfermeiro Especialista de Reabilitação [EER], é a promoção da autonomia da pessoa com mobilidade reduzida decorrente de AVC e seu cuidador em contexto domiciliário, no sentido de potencializar o desempenho da pessoa e seu cuidador na satisfação das necessidades no seu contexto de vida, promovendo a autonomia e o desenvolvimento de capacidades, tendo como objectivo melhorar a qualidade de vida de acordo com as suas expectativas e desejos.

O principal objectivo deste trabalho é: Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação, tendo delineado como população alvo a pessoa com AVC e seu cuidador em contexto domiciliário.

Os objectivos são:

- Adquirir competências específicas de enfermagem de reabilitação, aplicáveis aos vários contextos de cuidados de enfermagem;

- Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, no âmbito da enfermagem de reabilitação, face às diferentes situações apresentadas ao nível dos vários contextos.

O EER de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), deve proporcionar o acesso aos cuidados de saúde de forma integrada e coordenada, procurando estabelecer parcerias multidisciplinares e intersectoriais para fazer cumprir o programa de reabilitação, e nas tomadas de decisão, envolver a pessoa/cuidador, porque o cuidador, é uma mais valia em todo o processo de reabilitação global do doente e na sua reintegração domiciliária. Será essencial promover o envolvimento da pessoa/cuidador no planeamento e implementação de cuidados de reabilitação em contexto domiciliário, cujo objectivo é, melhorar a funcionalidade para atingir a maximização do desempenho e do desenvolvimento pessoal. A intervenção do EER, visa a promoção da autonomia e maximização do potencial funcional da pessoa com mobilidade reduzida decorrente de AVC e seu cuidador no contexto domiciliário, identificando necessidades e planeando intervenções no sentido de instruir a pessoa e seu cuidador, de forma a facilitar as aprendizagens que possibilitarão a pessoa de continuar o seu processo de reabilitação no domicílio.

No sentido de desenvolver competências como EER, fiz pesquisa bibliográfica com consulta de artigos científicos, planeei e efectuei um percurso de prática clínica de acordo com a problemática em análise, observei e participei conjuntamente com os EER orientadores dos ensinamentos clínicos nas suas actividades, nas atitudes, nas decisões e nos conhecimentos partilhados durante a prática clínica.

Como referência teórica para este trabalho, escolhi o pensamento de Marie-Françoise Collière, por considerar importante os contributos das suas ideias para melhor interpretar a problemática da pessoa com AVC, no que respeita às alterações da sua autonomia e a sua reintegração no contexto domiciliário. Os contributos teóricos desta autora, consideram a perspectiva do regresso a casa das pessoas com alterações da situação de saúde, numa perspectiva de promoção de autonomia no seu ambiente de vida.

Este trabalho no que respeita à estrutura, inicia-se com a introdução, onde se inclui a problemática, seguindo-se a fundamentação da área temática e contributos da investigação para o tema, de seguida, o enquadramento teórico, onde se inclui um sub-capítulo, sobre o regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador. Segue-se as actividades desenvolvidas com vista a aquisição de competências como enfermeiro especialista de reabilitação e por último, as questões éticas e as considerações finais.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

No último século, ocorreu um acentuado crescimento de indivíduos com incapacidades físicas decorrentes de doenças, nomeadamente as cerebrovasculares e de acidentes. De acordo Alto Comissariado da Saúde (2009), (Plano Nacional de Saúde 2004/2010), as doenças cerebrovasculares encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal. Importa também referir, que a admissão de utentes nas Unidades de AVC, evoluiu de 3.410 em 2007, para 6.911 em 2008.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), o AVC para além da elevada mortalidade que provoca (segunda causa de morte a seguir aos tumores malignos) produz também uma elevada taxa de morbilidade. Em Portugal representa 11,6% relativamente à morbilidade e incapacidade. Segundo a Direcção Geral de Saúde (2000), Portugal apresenta como causa de morte as doenças cerebrovasculares em 19,7% em cada 100 000 pessoas, no entanto, as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular em Portugal têm vindo a diminuir de acordo com DGS (2003), embora, seja o país da União Europeia com a taxa de mortalidade por AVC mais elevada. Estima-se que cerca de 40% dos portugueses têm risco acrescido de sofrerem AVC.

Têm vindo a ser implementadas várias políticas no âmbito da saúde, nomeadamente a nível comunitário, com o objectivo de responder às necessidades das pessoas com dependência decorrente de doenças agudas, nomeadamente por AVC. Em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, foi normalizada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho e tem como objectivo a "...prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência." (Artigo 4º). A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que direccionem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados integrados que visa promover a Reabilitação, a Readaptação e a Reinserção do cidadão como três princípios fundamentais dos serviços prestados, numa perspectiva de complementaridade dos diferentes recursos de prestação de cuidados de saúde e apoio social. O circuito de interligação da RNCCI, visa a referenciação das pessoas durante o internamento, através da plataforma informática, sinalizando antecipadamente as situações de acordo com os critérios estabelecidos pela RNCCI, para as diferentes

tipologias de cuidados desta, que se dividem em: unidades de internamento, de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, designadas por Equipas de Cuidados Continuados Integrados [ECCI]. No entanto, as pessoas muitas vezes têm alta hospitalar para o domicílio, embora já referenciadas para a RNCCI, mas aguardam em lista de espera de acordo com a tipologia para a qual foram referenciados. De acordo com Lopes (2010), “constata-se que algumas regiões com maior densidade populacional são, concomitantemente as que apresentam uma taxa inferior de camas por 100.000 habitantes.” (p. 22). Relativamente às ECCI, de acordo com o mesmo autor, a cobertura actual é insuficiente, porque “o número de ECCI, apesar de ter vindo a crescer, é ainda claramente insuficiente para as necessidades de cuidados ao domicílio.” (p. 22).

As pessoas com AVC necessitam de cuidados especializados principalmente de reabilitação, que carecem da intervenção precoce do enfermeiro especialista que tem competência para dar resposta a situações de maior complexidade/especificidade. Da prática ao nível dos cuidados continuados de saúde constatei, nas primeiras visitas efectuadas, que as pessoas/cuidadores têm dúvidas/questões, no que respeita aos cuidados a ter com a pessoa após ter sofrido um AVC, relativamente aos posicionamentos, transferências, levante, cuidados a ter durante a higiene, alimentação, assim como a importância da estimulação cognitiva e sensoriomotora, verbalizando muitas vezes medos e receios em “mexer” na pessoa que teve um AVC; necessitando de orientação e apoio contínuo integrando o processo de reabilitação da pessoa com AVC e consequente validação das suas capacidades. De acordo com Branco e Santos (2010)

“todos os ensinamentos e treinos realizados durante o internamento se revestem de uma importância fundamental para garantir a continuidade de cuidados. Porém verifica-se que muitas vezes a família, face ao peso da responsabilidade, sente-se novamente incapaz de lidar com a situação, sendo por vezes necessário reforçar o processo de aprendizagem, desta vez, adaptado a um ambiente familiar, pelo que, a visita domiciliária após a alta hospitalar se reveste de igual importância.” (p. 130).

De acordo com Santos (2002), a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental já que a inoperância desta continuidade poderá interferir com o sucesso de todo o empenho da equipa de cuidados, verificando-se um retrocesso na sua recuperação. É imperioso trabalhar com as famílias/cuidadores no seu meio comunitário, ajudando-as a identificarem os problemas e a mobilizarem as suas capacidades e

recursos para os ultrapassarem. A filosofia passa pelo envolvimento da pessoa/cuidador no seu programa de reabilitação, a utilização dos recursos da comunidade e das instituições governamentais e não governamentais. Pretende-se a orientação e acompanhamento das pessoas e respectivos cuidadores, na tentativa de formá-los, para integrarem o processo de reabilitação em contexto domiciliário. A reabilitação é um processo multidimensional e multidisciplinar tendo como objectivo, a promoção e adaptação das pessoas com incapacidades e a maximização do potencial funcional das pessoas com dependência no sentido do desenvolvimento do seu desempenho a nível pessoal, familiar e social. Pretende-se uma melhoria da funcionalidade e a prevenção de aumento da incapacidade por complicações secundárias. Neste sentido, a educação e formação da pessoa com AVC e seu familiar/cuidador é deveras importante, visto que “...favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença, para que se tornem o mais autónomos possível.” (HENRIQUES, 1999, p.27). Será premente, ajudar a família/cuidador na sua reestruturação, para permitir a readaptação das pessoas a este novo contexto de vida, promovendo a reinserção familiar, perspectivando-se que todo o processo de mudança seja acompanhado, no sentido de ajudar a pessoa e seu cuidador na transição de uma situação de independência da pessoa para outra, em que se encontra limitado na sua mobilidade. De acordo com Correia, Teixeira e Marques (2005), “quando uma família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os elementos vão sofrer de ansiedade e stress.” (p. 127).

A família como um sistema aberto, com interacções dos elementos constituintes no contexto de reestruturação após doença, terá de ser envolvida neste processo de transição, assim como outros parceiros a nível social, no sentido de desenvolver uma estratégia integrada no domínio dos cuidados de saúde, porque o regresso a casa desta pessoa será uma realidade que tem de ser planeada. De acordo com Collière (1999), cuidar destas pessoas implica englobá-las no seu meio social e cultural, interagindo no sentido de encontrar com elas o seu projecto de vida.

Assume-se como determinante a intervenção do EER, com o objectivo de reforçar as capacidades dos cuidadores/família para lidar com esta situação de doença, no sentido de ajudarem em todo o processo de transição. De acordo com Meleis (1997), transição significa uma mudança na condição de saúde, nas relações, expectativas ou habilidades, impondo que a pessoa integre novos conhecimentos, altere comportamentos e se adapte a um contexto social de acordo com as limitações decorrentes da sua actual condição de

saúde, na perspectiva do seu projecto de vida. O EER terá um papel preponderante de apoio à família/cuidador, uma abordagem individualizada, devendo centrar-se nas suas prioridades e do meio onde está inserido, e ter em conta as redes de suporte social existentes no seu meio comunitário. Deverá deter um espírito com foco “na acção e atenção, sendo dirigidas à pessoa, reconhecendo em absoluto a singularidade do seu ser.” (HESBEEN, 2003, p.55).

Desta forma a interdisciplinaridade é essencial, privilegiando a integração comunitária e, neste campo, a existência de um EER de referência na comunidade é uma mais valia para o estabelecimento de parcerias quer a nível institucional, quer a nível local, proporcionando a optimização de recursos, que possibilitarão a permanência da pessoa no seu meio familiar e social, promovendo a reabilitação e readaptação quando regressa a casa. As competências como enfermeiro especialista de reabilitação, visam a promoção da autonomia e a reinserção na comunidade, ajudando a pessoa a construir o seu próprio caminho, a ser a fonte de decisão, adquirindo maior controlo e alcançando capacidades que lhe permitem determinar as suas necessidades de saúde,

“para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (OE, 2010, p. 2).

## **2.1. Contributos da investigação na área da promoção da autonomia da pessoa com AVC e seu cuidador no contexto domiciliário**

Os contributos da investigação nesta área, demonstram que as dependências associadas têm uma prevalência elevada. No Reino Unido, O'Mahony et al. (1999), publicaram um estudo em que se calcula, numa população acima dos 45 anos, uma prevalência de 11,7/1000 (11,3-12,1) para as dependências associadas ao AVC, numa prevalência de AVC de 17,5/1000 (17,0-18,0). Atendendo a estes números, depreende-se a necessidade de acompanhamento destas pessoas que necessitam de cuidados imediatos, com mobilizações e posicionamentos, prevenindo complicações devido à imobilidade, seguindo-se um plano de reabilitação adequada a cada pessoa.



O estudo de Castellucci (1998) relativamente à temática da autonomia da pessoa relacionada com problemas de saúde, revelou que a prestação de cuidados centrada no doente com ênfase na sua autonomia, estava relacionada com uma diminuição do stress no regresso a casa, e que uma menor percepção de autonomia por parte dos doentes, correspondia a um maior nível de depressão. Estes dados remetem-nos para a premência de promover a autonomia da pessoa, potencializar as capacidades na satisfação das suas necessidades, caminhando com ela, descobrir o que faz sentido em termos de expectativas, desejos e dificuldades.

No que respeita à recuperação e à reabilitação, Cifu (1999), defende que a aplicação de técnicas de enfermagem de reabilitação após ter ocorrido o AVC, a precocidade e a multidisciplinaridade das intervenções de reabilitação, são os factores que mais contribuem para melhores resultados. Depreende-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, um planeamento da reabilitação numa rede de cuidados de saúde, que promova a qualidade de vida das pessoas, apostando na promoção da autonomia e maximização das potencialidades de cada pessoa e respectivo cuidador.

O estudo de Perlini e Faro (2005), com o objectivo de identificar e descrever as actividades do familiar que cuida de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio, realça que o cuidado informal na maioria dos casos é realizado por membros da família e permitiu identificar carências e fragilidades para os quais os enfermeiros poderão dirigir a sua atenção: a recuperação está relacionada com reabilitação precoce, estimulação da pessoa e cuidador; os cuidadores necessitam de desenvolver a sua capacidade para ajudar a pessoa ainda durante hospitalização; a preparação efectiva da alta hospitalar, assumindo com a pessoa/cuidador uma relação de cooperação e apoio e os cuidados no domicílio deverão ser melhor explorados pelos profissionais de enfermagem. Esta última conclusão realça a necessidade de investir na área dos cuidados na comunidade procurando intervir junto das pessoas/cuidadores de acordo com as competências específicas inerentes à especialidade de enfermagem de reabilitação, além das outras inerentes à profissão neste contexto específico.

O estudo de Rodrigues, Alencar e Rocha (2009), realizado com o objectivo de investigar a percepção do cuidador/familiar sobre a sua contribuição na reabilitação da pessoa com AVC, demonstrou que a informação aos cuidadores é insuficiente. Entre os cuidados realizados destacam-se os cuidados físicos, salientando que o cuidador/familiar não está preparado para participar na reabilitação dos portadores de necessidades especiais, como é o caso da pessoa com AVC. Defendeu a importância de compreender

cada realidade, cada contexto de vida, identificando necessidades e dificuldades, fornecendo formação e orientação aos cuidadores para acompanhar o processo de reabilitação e envolvê-los na mobilização de estratégias que ajudarão a readaptação da pessoa com AVC ao seu ambiente familiar e social, promovendo a reinserção.

O estudo de Bocchi e Ângelo (2005), com o objectivo de compreender a experiência de cuidadores/familiares de pessoas com AVC, demonstrou que as modalidades de cuidado adoptadas pelos cuidadores durante o processo de reabilitação de uma pessoa com AVC no domicílio, podem ser exercidas incentivando a pessoa a recuperar a sua autonomia, desenvolvendo capacidades de adaptação e de reintegração no seu espaço domiciliário. O próprio cuidador percebe que os processos de retoma de autonomia da pessoa após o AVC, e de si próprio, estão interdependentes e condicionados ao nível de reabilitação alcançada pela pessoa com. O programa de reabilitação deverá ser adaptado às necessidades e potencialidades da pessoa e cuidador, gerindo o processo adaptativo, incentivando a pessoa a usar as suas potencialidades e a desenvolvê-las durante o seu processo de adaptação às suas limitações. A reabilitação deve ser um processo contínuo, insidioso e global permitindo a melhor readaptação possível da pessoa à nova condição de vida.

As interferências no processo de recuperação são multifactoriais, repercutindo-se dos mais diversas formas, muitas vezes de forma negativa, o que conduz a alterações predominantemente físicas, mas também emocionais. O percurso iniciado no hospital inclui uma consciencialização progressiva da pessoa e família, incluindo-se vários processos de aprendizagem que se forem interrompidos, tender-se-á a um retrocesso em todo o processo de recuperação da pessoa. A salientar que “todos os esforços para manter a pessoa no domicílio são válidos desde que se continue a privilegiar o respeito por uma vida digna, própria de um ser humano.” (MARTINS, 2002, p. 108). A reabilitação, a readaptação e a reinserção social são a finalidade de todo o processo de intervenção implementado de forma individualizada, na sua globalidade, respeitando a singularidade e o que cada pessoa determina como significativo para si, merece especial atenção, sendo que “o poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador (...) que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver...” (COLLIÈRE, 1999, p. 315).

O estudo de Araújo, Paúl e Martins (2008), com o objectivo de compreender e analisar o apoio fornecido pelos enfermeiros ao cuidador de indivíduos dependentes por AVC, revelou como conclusões que a educação e orientação junto dos cuidadores foca

essencialmente o cuidado instrumental, realçando que os enfermeiros de cuidados diferenciados identificam mais as questões da autonomia não havendo continuidade da orientação e da educação por parte do enfermeiro de cuidados de saúde primários. Outro aspecto importante é que as orientações não vão de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores, focalizando os seus cuidados para o indivíduo dependente, descurando o cuidador principal e a família. Cuidar das famílias e/ou dos cuidadores além da pessoa que sofreu um AVC é uma função dos profissionais de enfermagem, nomeadamente após a alta hospitalar, a reinserção sóciofamiliar das pessoas envolvidas neste processo de cuidados, é um desafio. A avaliação do estado de saúde da família e dos seus membros é da competência do enfermeiro; prever, analisar e trabalhar com a pessoa/cuidador no sentido de alcançar conforto e bem-estar no seu contexto de vida. As conclusões deste estudo evidenciam a necessidade de melhorar as práticas de cuidados no sentido de uma evolução dos cuidados à família como sistema e ainda, a importância da assistência à saúde familiar.

Numa reflexão acerca dos estudos apresentados, depreende-se a necessidade de: unir as intervenções de saúde e/ou de apoio social, envolvendo os familiares/cuidadores centrados na recuperação da pessoa com AVC em situação de dependência, promover a sua autonomia de modo a que recupere as funcionalidades afectadas e planear e mobilizar respostas, que devem ser integradas com o objectivo de satisfazer as necessidades identificadas das pessoas e seus cuidadores em contexto domiciliário.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As alterações que se têm vindo a desenvolver no contexto da saúde, a nível social e familiar, acarretam um aumento da necessidade de apoio a pessoas com dependência, nomeadamente, quando regressam a casa após internamento hospitalar. A publicação em Diário da República do Decreto-Lei nº. 28/2008 de (22/02/2008), diploma que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, introduz uma nova perspectiva nos Cuidados de Saúde Primários. A sua intenção é dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações, com o objectivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e assim, se poderem alcançar mais e maiores ganhos em saúde.

Em Portugal, na tentativa de dar resposta às necessidades das pessoas, foi criada uma política que visa uma actuação integrada do sector da saúde e social, articulando-se e dando respostas que ajudem a readaptação das pessoas. Surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados como uma resposta, cujo objectivo é a obtenção de saúde com qualidade para todos. A RNCCI foi criada pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde foi normalizada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho e constitui, "... uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária." (p. 3856). Representa um avanço em termos de desenvolvimento de políticas intersectoriais, permitindo a parceria saúde/social no âmbito das suas respostas aos utentes. Este modelo de cuidados visa a reabilitação e informação, o que implica um trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social, com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores, respeitando as suas necessidades e expectativas. Destina-se a prestar cuidados de saúde a pessoas idosas e a cidadãos em situação de dependência, tendo como objectivo a sua reabilitação, reeducação e reinserção familiar e social. A RNCCI,

"assenta numa definição das diferentes tipologias de resposta e cuidados, em critérios de referenciação previamente definidos em variados documentos emanados pela Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados e num circuito que integra os passos e fases de forma a integrar os utentes na resposta adequada às suas necessidades." (LOPES, 2010, p. 25).

A RNCCI tem uma abrangência nacional, possui uma coordenação local assumida pela Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], que coordena e acompanha as estratégias de operacionalização da rede. Tem uma coordenação descentralizada ao nível das regiões, assumida pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR), a esta equipa compete garantir a equidade no acesso à rede e a articulação entre os vários serviços e equipas. Assumem importante papel, mas a um nível mais operacional as Equipas de Coordenação Local (ECL). Estas equipas asseguram o acompanhamento e avaliação da rede a nível local, bem como a coordenação das actividades no seu âmbito de referência. A RNCCI assegura 4 tipos de resposta na prestação de cuidados de saúde e de apoio social: internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (ECCI). O processo de referenciação de pessoas é baseado em critérios de referenciação previamente aprovados pela RNCCI. O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas [EGA], localizadas a nível das instituições de saúde, as Equipas Coordenadoras Locais e Equipas Coordenadoras Regionais com localizações específicas de acordo com respectiva área geográfica. O acesso à RNCCI é feito através de referenciação, com origem num hospital ou num centro de saúde.

No entanto, após referenciação para a RNCCI o acesso não é imediato, existem listas de espera, porque

“a rede não responde ainda aos efeitos adversos da densidade populacional. Nos casos de elevada densidade porque ainda não existe uma cobertura adequada e nos casos de baixa densidade porque o número de lugares considerados economicamente sustentáveis em cada tipologia poderá impor a sua concentração e deveria obedecer a critérios específicos de localização geográfica.” (LOPES, 2010, p. 24).

As pessoas poderão necessitar de cuidados, apenas prestados fora da área de residência, e aí, fica condicionada a sua reintegração social. Também a distância, poderá condicionar a forma como os familiares são integrados no plano individual de intervenção e nas suas actividades diárias de reabilitação, o que muitas vezes condiciona as decisões das pessoas, relativamente ao ingresso numa unidade de internamento da RNCCI. Ocorre muitas vezes o regresso a casa, onde aguardam a chamada para uma unidade de internamento. Neste âmbito, as ECCI têm um papel preponderante para a manutenção

dos doentes na comunidade, promovendo a autonomia das pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitam permanecer no domicílio, mas, ainda são em número insuficiente e “estão em fase de consolidação e amadurecimento, nomeadamente através da afectação de recursos técnicos (e outros) que permitam um acompanhamento de qualidade dos doentes no domicílio.” (LOPES, 2010, p. 22).

Segundo o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho,

“a equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” (Artigo 27º).

Esta situação ocorre em pessoas com o diagnóstico de AVC. Sendo uma das doenças neurológicas agudas mais comuns e mais frequentes, requer internamento hospitalar, mas que após a alta poderão continuar o plano de reabilitação instituído, no domicílio.

O AVC é uma doença de instalação súbita, ocorre principalmente em indivíduos com factores de risco vascular e acontece quando,

“... parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e de sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24h, a não ser que a morte ocorra.” (MARTINS, 2006, p.11).

De acordo com vários autores, podem ocorrer AVCs trombóticos, embólicos e de origem hemorrágica. Sendo uma trombose o bloqueio de uma artéria do cérebro, causado por um coágulo sanguíneo sólido ou trombo que se forma dentro do sistema vascular. Uma embolia é um bloqueio causado por um fragmento destacado do trombo (ou outros materiais), que se formou em outro local e é levado para o cérebro para a corrente sanguínea. Quando ocorre hemorragia existe um extravasamento de sangue no tecido

cerebral, produzindo uma área focal de necrose celular. Existe outra situação que são os Acidentes Isquêmicos Transitórios [AIT], que acontece quando a lesão provoca o aparecimento de sintomas e sinais neurológicos e focais que permanecem até 24h e “...apresentam um risco maior de desenvolver um AVC, nos dois anos seguintes, sendo o risco agravado no primeiro mês após AIT.” (MARTINS, 2002, p. 62). Além do tratamento médico-farmacológico, onde se engloba a utilização de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, é fundamental a reabilitação que visa potenciar a recuperação e a reintegração do indivíduo, diminuindo as suas incapacidades, porque o AVC é uma situação clínica que além da mortalidade que directa ou indirectamente provoca, tem uma repercussão determinante na capacidade funcional das pessoas, interfere com a autonomia da pessoa na satisfação das suas necessidades pessoais, sociais e profissionais.

As consequências da doença dependem da área afectada, da gravidade da lesão e da situação de saúde da pessoa. Ocorrem alterações motoras, sendo a mais frequente, a hemiplegia e também as alterações sensoriais que “...são um problema supletivo ao défice motor, dado que o movimento é coordenado e adaptado de acordo com as mensagens sensoriais recebidas.” (BRANCO e SANTOS, 2010, p. 25). Surgem alterações da função perceptiva que dependem do local da lesão. A apraxia é uma das sequelas frequentes e torna a pessoa incapaz de programar uma sequência de movimentos. Podem surgir défices sensitivos e proprioceptivos, assim como alterações a nível da imagem e esquema corporal, onde se destaca o *Neglect*, que se manifesta pela pessoa ignorar o lado lesado em termos de esquema corporal e falhas de orientação esquerda/direita. Relativamente às actividades de linguagem, verifica-se também alterações, traduzindo-se por afasias, com denominações distintas de acordo com a incapacidade manifestada em termos de linguagem. Existem outras manifestações de alterações da comunicação, nomeadamente: disartria, disfonia, acalculia, amúsia, alexia, a grafia e outras.

As alterações de comportamento também surgem com alguma frequência, como défices de atenção e de percepção, assim como capacidade de descrição e fixação de objectos. De acordo com Martins (2006),

“distractibilidade, irritabilidade, impulsividade, sonolência e problemas sexuais (...) são problemas comportamentais descritos associados ao AVC que podem ter um impacto devastador no estado emocional do sujeito.” (p. 26).

Podem ainda ocorrer, alterações de diminuição do apetite, diminuição da libido e alterações de sono, muitas vezes associados a alterações da consciência do próprio e do que o rodeia.

Após a ocorrência de um AVC existem por vezes alterações que levam a “dificuldade de deglutição por alteração da coordenação neuromuscular designa-se por disfasia.” (BRANCO e SANTOS, 2010, p. 30). De acordo com o mesmo autor, afecta cerca de 10% das pessoas com AVC. Existem também alterações de eliminação, porque após o AVC, de acordo com Branco e Santos (2010), pode ocorrer a presença de bexiga neurogénica, resultado de uma lesão cerebral e caracterizado por uma capacidade vesical normal ou diminuída e um controlo voluntário da micção e volume residual inexistente. Pode também apresentar incontinência de urgência que pode ser transitória, associada muitas vezes à diminuição da mobilidade e de alterações mentais. Relativamente à eliminação intestinal, pode ocorrer diminuição da actividade reflexa do intestino, associada a uma diminuição da mobilidade em geral, resultando em obstipação.

Sendo uma doença que causa diminuição da mobilidade, tem problemas secundários associados e complicações neurológicas que dificultam o processo de recuperação e o plano de reabilitação. De acordo com Branco e Santos (2010), as complicações mais frequentes são respiratórias (pneumonia, infecção respiratória, embolia pulmonar) e motoras (síndrome ombro-mão; ombro doloroso; subluxação do ombro e edema da mão).

A enfermagem de reabilitação assume nesta área uma função determinante visando a recuperação, a maximização das capacidades, e da funcionalidade e a reintegração da pessoa no seu ambiente domiciliário e social. O estudo de Pryor e Smith (2000, 2002), citado por Pryor (2005, p. 11), atribuí à enfermagem de reabilitação a adopção de uma filosofia diferente, sendo designada pelos autores, como especial e única e, neste campo, deve distinguir a sua acção. Hesbeen (2003), acrescenta que “...não tanto a sofisticação técnica mas sim o espírito que anima todo o processo de reabilitação...” (p. 35), criando uma interacção com o paciente de forma distinta, centrando-se na pessoa, na sua perspectiva atendendo às suas necessidades no sentido de promover a sua recuperação. As actividades desenvolvidas para promover a autonomia são em função da pessoa, da família/cuidador e do seu meio, na tentativa de compreender as situações singulares e que exigem que sejam desenvolvidos meios para assegurar a continuidade de cuidados tendo em vista a reinserção sóciofamiliar da pessoa após o regresso a casa.



De acordo com o modelo operativo para individualização das especialidades, emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2007), a pessoa com AVC é o alvo de intervenção, entendida como um todo na sua relação com os conviventes significativos e com a comunidade onde se encontra, e que procura um estado de equilíbrio, estabelecendo o seu projecto de saúde. O EER dirige as suas intervenções, promovendo a readaptação funcional ao seu contexto de vida e à sua reinserção social. O ambiente onde as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que interferem directamente com os estilos de vida e aqui, o EER deve focalizar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente. De acordo com Collière (1999) os cuidados não têm sentido senão na relação da pessoa com a sua realidade, com a maneira como vive e se relaciona. Considera a pessoa como um todo indissociável e maior que a soma das suas partes, assumindo um carácter de unicidade em relação consigo mesma e com o universo. O ambiente compreende o conjunto de todo o universo, sendo a pessoa parte integrante desse ambiente; embora sendo diferente, coexiste com a pessoa e estão em mudança constante mútua e simultânea.

Este trabalho focaliza-se nas pessoas com AVC e seus cuidadores, promovendo a sua autonomia e desenvolvendo as suas capacidades de adaptação e de reintegração ao meio domiciliário e social, maximizando a sua funcionalidade. Collière (1999), defende que “por funcionalidade devemos entender a capacidade que uma pessoa, (...) tem, ou não tem, de agir, por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida.” (p. 300). A autonomia, de acordo com a mesma autora, “envolve tudo que a pessoa pode fazer por si própria ou com ajuda, construindo um projecto de cuidados com foco nessa estimulação das forças de vida e no tipo de ajuda a desencadear para a assegurar.” (p. 306). Essa compensação é indispensável para todas as actividades de vida que a pessoa não consegue realizar. Mobilizar todo o potencial da pessoa é “mobilizar em alguém tudo o que vive, tudo é portador de vida, toda a sua vitalidade...” (COLLIÈRE, 1999, p. 306). Assim, Collière (1999) define cuidar como “...ajudar a viver, estimulando todas as capacidades de ser de uma pessoa, de um grupo, os cuidados de enfermagem têm de ser vivificantes, tanto para os utilizadores como para os que os prestam...” (p. 334). A pessoa deve estar inserida no seu meio social e afectivo, onde se encontram os seus laços simbióticos, e a “competência de enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular

a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir.” (COLLIÈRE, 1999, p. 290).

Para a reabilitação após o AVC, as pessoas necessitam de cuidados especializados e os respectivos cuidadores de ser orientados e incluídos no programa de reabilitação desde o início. Sendo o AVC uma doença de apresentação clínica súbita, o reajuste na estrutura, nos papéis, na resolução de problemas, tem de ocorrer num tempo curto, exigindo aos membros da família/cuidador uma rápida mobilização na gestão da situação para a qual não se encontra preparada. A família/cuidador será o maior suporte em termos assistenciais, necessitando de apoio para aprender a ajudar a pessoa que está com limitações das suas funções, constituindo-se como pares com quem o EER terá de estabelecer relação de interajuda e conseguir dotá-los de saberes, que os ajudarão a estimular a pessoa com mobilidade reduzida a procurar maximizar as suas capacidades ,para alcançar a sua autonomia nas actividades de vida diárias.

Segundo Torres (2004), no nosso país a maioria das pessoas com compromisso físico é cuidada em casa pela família, como tal, falar da pessoa com AVC é falar do binómio doente - familiar cuidador. Não será demais relembrar que a prestação de cuidados a doentes dependentes “...impõe aos cuidadores informais uma sobrecarga tanto emocional, como financeira, como física, como social e familiar...” (CORREIA, TEIXEIRA e MARQUES, 2005, p. 130). A família na perspectiva de Sorensen e Luckmann (1998), “é uma unidade dirigida para um objectivo com interacção das partes envolvidas.” ( p.400). Num contexto de continuidade de cuidados, e de acordo com Bettencourt (2007) a família/cuidador será um *aliado* no cuidar, porque será ela a estar mais próxima da pessoa e que detém um conjunto de atributos que enriquecem os cuidados a prestar à pessoa, sendo um dos parceiros dos cuidados quando a pessoa regressa ao domicílio. A doença de um dos seus membros afecta a estrutura familiar, todo o seu sistema de papéis, ficando desorganizada e “...os seus membros abandonam as suas actividades normais e dedicam-se a restaurar o equilíbrio da unidade.” (CORREIA, TEIXEIRA e MARQUES, 2005, p. 127). As responsabilidades anteriormente assumidas pelo doente são delegadas a outros membros ou muitas vezes deixam de ser cumpridas. No sentido de antecipar situações de crise, importa entender a relação afectiva estabelecida entre a pessoa e seu cuidador, se é consistente e forte, se a rede de apoio é ampla e eficaz, visto que se as tarefas forem consideradas pelo cuidador de grande complexidade poderão provocar um conjunto de sintomatologia que, entre outros

sintomas, se traduz em tensão, apreensão, fadiga, ansiedade, stress, frustração, isolamento social, depressão, alteração da auto-estima.

Tendo por base a análise desta conjuntura, o EER deverá englobar a pessoa /cuidador no seu programa de reabilitação, numa tentativa de estabelecer um processo educativo para maximizar as suas capacidades e promover a autonomia da pessoa com dependência devido ao AVC. Um cuidador envolvido no processo de cuidados é essencialmente uma pessoa esclarecida e que coopera, tornando-se menos ansiosa e mais altruísta e confiante, responsabilizando-se pela assistência de quem necessita de ser cuidado.

Na pessoa com AVC, a incapacidade para a satisfação das actividades de vida diária exige a presença permanente de uma pessoa, que assume o papel de cuidador que, no enquadramento deste projecto, é entendido como o cuidado informal que não é remunerado, sendo prestado de forma parcial ou integral à pessoa com dependência decorrente de AVC. São pessoas, familiares ou não, que asseguram a maior parte dos cuidados que a pessoa com AVC necessita no domicílio. O cuidador informal deve possuir um conjunto de conhecimentos e habilidades, adquiridas através da orientação de profissionais especializados. Estas capacidades irão permitir ao cuidador informal prestar cuidados à pessoa com AVC de forma individualizada e estar alerta para potenciais problemas. Collière, enaltece os cuidados de manutenção que devem ser articulados com os de reparação, realçando que a razão de ser de enfermagem é a pessoa que necessita de apoio e ajuda, e podemos denominar de cuidado informal no que Collière denomina como care, ou seja, cuidados de sustento e manutenção da vida. De acordo com Collière (1999),

“care” representa todos os cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida, rebastecendo-a em energia, seja de natureza alimentar, a necessidade de água, (...) calor, luz, ou de natureza afectiva (...) cada um destes aspectos interferindo entre si.” (p. 237).

A sua grande orientação é garantir a continuidade de vida das pessoas, garantindo tudo o que é indispensável à sua vivência, seguindo as próprias motivações.

A redefinição de papéis na estrutura familiar pode causar impacto social e económico, alterando a harmonia familiar e poderá tornar-se uma fonte de tensão. Cabe ao enfermeiro de reabilitação agir de forma a promover a autonomia da pessoa/cuidador,

a individualidade e a coesão familiar. O ambiente ideal, configura-se num contexto que proporcione à pessoa oportunidade para desenvolver autonomia, permitindo-lhe atingir os seus níveis máximos de capacidade e que consiga suporte nas áreas onde terá menor independência. A procura da independência requer uma adaptação progressiva às incapacidades e uma reaprendizagem em vários contextos, nomeadamente nas AVD's e nas AIVD.

Será fundamental a pessoa perceber que irá ser ajudada a maximizar as suas capacidades funcionais no decorrer do programa de reabilitação, aprendendo a adaptar-se às limitações da mobilidade no seu contexto de vida. Na perspectiva de Collière (2003), “esta visão de conjunto de tudo o que contribui para manter alguém no seu domicílio serve de base para a elaboração com o doente e sua família, de um projecto de cuidados individualizado...” (p. 336), tendo como finalidade a mobilização do meio familiar nas tentativas de readaptação ao novo contexto de vida. Cuidar da pessoa no seu meio comunitário é “...permitir a uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana...” (COLLIÈRE, 2003, p. 332). Na perspectiva da mesma autora, devemos prestar os cuidados onde vivem as pessoas, solicitando a sua participação, torná-la activa, implicando-a no desenvolvimento da sua saúde. É função do EER orientar para a procura de alternativas, articulando-se com outros profissionais da comunidade do sector da saúde e do sector social na perspectiva da sua reintegração o mais segura possível. Não basta que a pessoa regresse a casa, será fundamental habilitar a pessoa/cuidador de que a sua reabilitação é possível, mas de acordo com os meios disponíveis em casa e no meio evolvente.

A enfermagem de reabilitação deverá intervir neste domínio de forma rápida e articulada, promovendo a reinserção das pessoas no seu ambiente domiciliário. Será importante “descobrir e compreender as situações que exigem cuidados, aprender a recolher, descodificar e utilizar as informações apreendidas no decurso da relação (...) e a partir daí, providenciar os meios...” (COLLIÈRE, 1999, p. 181). Na área comunitária, os cuidados pretendem-se acessíveis a todas as pessoas e famílias, com a sua plena participação, pressupondo-se que têm “uma dimensão social e uma dimensão de desenvolvimento das pessoas e dos grupos.” (COLLIÈRE, 1999, p. 171). De acordo com Collière (1999), o processo de cuidados tendo uma construção específica em cada situação e sendo edificado entre quem presta e quem recebe cuidados a partir dos

elementos e particularidades de cada situação, irá permitir identificar a natureza dos problemas que justificam os cuidados de enfermagem.

Outro aspecto muito importante, é o facto do enfermeiro na comunidade desenvolver com as pessoas e seus cuidadores um relacionamento que lhe permita "...ser capaz de identificar variáveis que afectam o regresso à comunidade..." (HOEMAN, 2000, p. 131). A sua identificação e intervenção permite promover a autoconfiança e autonomia da pessoa, mobilizando o seu desejo de viver a partir das capacidades que mantém.

Como especialista na área de reabilitação são exigidas novas competências, onde o enfermeiro elabora, implementa e controla os planos de enfermagem de reabilitação individualizados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. Deverá implementar procedimentos específicos no sentido de ajudar as pessoas, maximizando o seu potencial de independência e de funcionalidade, promovendo a satisfação das pessoas e potenciando a sua auto-estima, promovendo a sua integração na família e na comunidade. A finalidade da Enfermagem de Reabilitação é a orientar as pessoas no seu percurso com objectivo de alcançar qualidade de vida, mas na perspectiva do próprio, "os cuidados de enfermagem tomam por foco a atenção e promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa." (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 5).

Ao surgirem em 2010 as competências específicas do enfermeiro especialista foi criada uma base estrutural reguladora do exercício profissional, definindo que o enfermeiro especialista em reabilitação,

"concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa." (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 2).

A Ordem dos Enfermeiros reconhece aos enfermeiros especialistas de reabilitação, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área da reabilitação, além dos cuidados considerados gerais. Tornar-se-á fundamental utilizar conhecimentos específicos de reabilitação, promovendo a autonomia e a reinserção da

pessoa com AVC, promovendo a articulação entre o sector da saúde e o social, privilegiando uma visão abrangente, da pessoa integrada no seu contexto de vida.

Por último, realçar que será da articulação entre os vários intervenientes no processo de recuperação da pessoa com AVC, que resultará a aquisição da autonomia possível e o sucesso na readaptação à nova condição de vida. A prestação de cuidados de enfermagem pensada a nível do contexto social e domiciliário, onde a pessoa e família estão inseridas permite a mobilização de estratégias, criando uma dinâmica de readaptação orientada para o aproveitamento integral de todos os recursos em função da reintegração da pessoa com AVC e sua família.

### **3.1. O regresso da pessoa com AVC e seu cuidador ao contexto domiciliário**

O regresso a casa da pessoa com AVC após internamento, é uma realidade. Actualmente, assistimos a uma política de cuidados de saúde hospitalares com internamentos de curta duração, direccionada para o tratamento da doença e reabilitação da pessoa com um regresso a casa precoce. Este contexto conduz a uma preocupação pelos cuidados prestados em contexto domiciliário. O espaço familiar, é o lugar privilegiado e adequado, para o processo de cuidados na recuperação da pessoa com AVC, no entanto, coloca na família e na pessoa cuidadora uma enorme responsabilidade. O regresso a casa da pessoa com AVC deve começar a preparar-se no momento da admissão, no entanto, as respostas que já deviam estar organizadas em termos de apoios sociais e de saúde escasseiam, e dificultam o voltar para casa das pessoas em situação de dependência. De acordo com Branco e Santos (2010), “neste final de século o envelhecimento demográfico, (...) as alterações na estrutura familiar (...) e a contenção dos custos na saúde e em áreas sociais, têm produzido alterações profundas na procura e na oferta dos serviços de saúde.” (p. 126).

A questão de voltar para casa, requer por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, uma atenção especial. Nesse momento, será o verdadeiro confronto da pessoa e família/cuidador com a sua incapacidade e “...desperta no próprio doente e na sua família, uma série de sentimentos frequentemente contraditórios...” (MARTINS, 2002, p. 19). A não aceitação por parte da pessoa e seus familiares, é muitas vezes uma reacção momentânea na qual deverão ser apoiados e

orientados para novas perspectivas de vida e de funcionamento, no que respeita às mudanças subjacentes à nova situação de vida. A dinâmica familiar é alterada, requer intervenção especializada no sentido de orientar, informar e supervisionar como devem ser os cuidados a prestar à pessoa com AVC, nesta fase de regresso ao seu contexto de vida. O EER tem competência para além de assistir as pessoas no seu contexto de vida, cuidar da família/cuidador, tornando-se ela própria o foco do cuidar de enfermagem. A sua intervenção visa “ajudar a pessoa doente e/ou membro da família prestador de cuidados a adaptar-se ao exercício do novo papel, assegurando, deste modo, a continuidade de cuidados com qualidade quando regressam ao contexto familiar.” (PETRONILHO, 2007, p. 16).

Existem vários elementos que influenciam o regresso a casa da pessoa com AVC. De acordo com Silva (2010), no sentido da continuidade dos cuidados no domicílio, e na promoção da recuperação máxima das pessoas com AVC, é imperativo planear a alta hospitalar e a consequente abertura à participação da família no processo de cuidados, de forma a reforçar as suas aprendizagens, para cuidar do seu familiar no domicílio. Torna-se fulcral, saber o projecto de vida da pessoa e seus familiares e promover as intervenções de acordo com as necessidades identificadas; sendo que as orientações, instruções e treinos, vão de encontro às dificuldades sentidas no seu ambiente, no sentido da readaptação funcional, emocional e cognitiva-comportamental. As fontes de suporte, serão importantes e influenciam toda a situação de adaptação da pessoa e sua família/cuidador, o que acontece por vezes, de acordo com Petronilho (2007), são famílias com escassas fontes de apoio e suporte, e por isso, surgem por vezes maiores dificuldades de adaptação, por consequência as situações de crise tendem a instalarem-se. A pessoa com AVC e sua família/cuidador vivenciam um processo de transição, que de acordo com Meleis e Trangenstein (1994) é definida como,

“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...) transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação.”(p. 256).

O regresso a casa, implica a articulação de um conjunto de pessoas, uma rede de cuidados que apoie e facilite a transferência adequada da pessoa para a comunidade e assegure a continuidade dos cuidados prestados.

A família/cuidador para além de informações, necessita de encontrar soluções concretas de organização, de respostas a questões relacionadas com a doença, sua progressão, suas consequências no quotidiano e, de saber a quem recorrer para pedir ajuda, quando necessitar. De acordo com Petronilho (2007), quanto mais a pessoa que assume o lugar de cuidador, se identificar com este novo papel de cuidar de alguém, maior será a disponibilidade com que irá desempenhar esse papel, contribuindo para o seu bem-estar. Nas situações em que o elemento cuidador se depara com a necessidade de cuidar de um dos seus membros, que se encontra dependente e sobretudo em situações prolongadas, constituirão um cenário potencial de instalação de crise e potencialmente gerador de stress. O cuidador assume uma sobrecarga de trabalho e uma responsabilidade acrescida, sem receber muitas vezes reconhecimento do seu esforço, necessitam de conciliar o trabalho doméstico com o trabalho profissional, a fadiga física e psicológica aparece muitas vezes e por isso, têm necessidade de ajuda e apoio para saber gerir, essa função.

É da responsabilidade do EER implementar intervenções que prestem ajuda efectiva, com o objectivo de proporcionar um estado de equilíbrio, estabilidade e sensação de bem-estar em contexto domiciliário. Cuidar da pessoa com AVC e seu familiar/cuidador em contexto domiciliário, implica trabalhar no seu contexto de vida, de acordo com a sua condição de saúde, em parceria na aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, com o objectivo de adquirir a máxima autonomia possível, reforçando a autoconfiança e recorrendo à rede de suporte da pessoa e aos recursos da comunidade onde se insere.



#### **4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E PERCURSOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O enfermeiro especialista de reabilitação, é considerado pela OE como um profissional que possui um conjunto de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (OE, 2009, p. 10).

É através da reflexão e análise da prática, que se aprende a extrair de cada situação de cuidados aquilo que é relevante e focalizar-se no seu significado para cuidar da pessoa respeitando a sua individualidade. De acordo com Benner (2002), só os enfermeiros que participam na prática de cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Os padrões de excelência definidos ao nível do desempenho profissional só são conseguidos participando na prática clínica, sendo necessário gerir as competências em termos evolutivos e na capacidade de adaptação a novas situações. Será da responsabilidade do próprio a gestão em termos de aquisição de saberes e a sua aplicação nas situações que emergem. Analisando os graus de competência de Benner o perito é aquele que “...age a partir de uma compreensão profunda da situação global.” (BENNER, 2001, p. 58). De acordo com esta autora, as competências do EER nos cuidados às pessoas e respectivas famílias são fundamentais quando se adquire a perícia a nível profissional, no sentido de ajudar a pessoa a promover a sua autonomia e à família/cuidador a desenvolver capacidades para cuidarem do seu familiar, equacionando todas as variáveis que possam surgir neste processo de aprendizagem contínuo.

De acordo com Nunes (2002), qualquer competência pode ser definida como tendo três componentes essenciais: conhecimento, atitudes e habilidades, sendo que “o conhecimento é adquirido e construído através do treino e desenvolvimento. Uma atitude positiva é algo que deve trazer sempre consigo, mostrando determinação nos comportamentos praticados. As habilidades podem ser apreendidas e aperfeiçoadas no local de trabalho, através da prática e da experiência.” (NUNES, 2002, p. 10).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros possuem um conjunto de domínios, considerados segundo a OE (2010) como competências comuns. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e

legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Segundo a mesma autora, “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas. (p. 2).

A OE (2010), definiu as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A reabilitação,

“enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar auto-estima.” (OE, 2010, p. 2)

No seguimento deste projecto, no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem: Área Especialização de Enfermagem de Reabilitação e tendo como finalidade desenvolver competências como EER, estruturei um percurso de aprendizagem, tendo-o representado num cronograma (ver apêndice I). Antecipadamente programei visitas a serviços de saúde (ver apêndice II), que seriam contextos de cuidados de enfermagem de reabilitação, no âmbito da problemática definida. No sentido de adquirir competências como EER e de acordo com a problemática, defini objectivos, estratégias/actividades a desenvolver e critérios de avaliação (ver apêndice III). Posteriormente, selecionei com base nos objectivos do projecto e os preconizados pela OE, desenvolver a prática clínica em locais (ver apêndice IV), que pelas suas características responderiam a estes.

#### **4.1. Descrição e análise das actividades desenvolvidas e percursos utilizados no sentido de aquisição de competências na área de enfermagem de reabilitação**

No sentido de desenvolver competências e no âmbito desta problemática, planeei e efectuei um estágio de observação, numa unidade de internamento de pessoas com AVC em fase aguda, com o objectivo de identificar, quais as actividades desenvolvidas e os cuidados específicos na área de enfermagem de reabilitação, tendo sempre como meta, o regresso a casa da pessoa com AVC e seus familiares/cuidadores. Além de observar e participar nas actividades desenvolvidas pelo EER, no sentido de desenvolver habilidades, e atitudes perante a pessoa com AVC e sua família, criei em parceria com uma colega de curso uma grelha de observação (ver apêndice V), com o objectivo de orientar o nosso ensino clínico de forma a aproveitar, no curto espaço de tempo da nossa permanência, o máximo da informação que procurávamos de acordo com a respectiva problemática. Identifiquei as funções do EER nos cuidados a desenvolver com a pessoa e seus familiares nesta fase aguda da doença, onde, logo após a estabilização clínica, as actividades desenvolvidas têm como referência a melhoria da função e a prevenção de maior incapacidade por complicações secundárias.

Participei na identificação das necessidades de intervenção, com a recolha de dados e informações pertinentes com a pessoa e/ou familiares, na avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as actividades de vida diária e utilizei escalas e instrumentos de medida. Fiz a neuroavaliação de enfermagem, e de acordo com orientação do EER responsável pelo ensino clínico, as escalas usadas durante o ensino clínico, seriam as aprendidas durante as aulas teóricas. Avaliei: o estado de consciência, usando a Escala de Comas de Glasgow; a reacção pupilar, relativamente ao tamanho, forma e reacção à luz; os pares craneanos; a força muscular, usando a escala de Lower; a coordenação de movimentos, com provas de pesquisa da atáxia; a sensibilidade, pesquisando a sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (proprioceptiva), postural e vibratória; o tônus muscular, usando a escala de Ashworth e o equilíbrio, estático e dinâmico (ver apêndice VIII). Avaliei a funcionalidade e participei no diagnóstico das alterações, que determinam as limitações da actividade, conjuntamente com o EER orientador.

Participei na elaboração do plano de reabilitação, que era orientado para o restabelecimento da funcionalidade pós-lesão cerebral, e direccionado para a (re) aprendizagem do controlo postural e dos padrões de movimento através de: restabelecimento do controlo postural; estimulação proprioceptiva e cinestésica; inibição da espasticidade, promovendo o movimento nos padrões normais e com funcionalidade; prevenção do aparecimento de contracturas e consequentemente deformidades e dor promovendo um correcto alinhamento corporal e inibido movimentos indesejados, assentando num treino de exercício, respeitando a capacidade individual de cada pessoa. Adquiri competência para elaborar planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado na situação de incapacidade da pessoa com AVC, durante o internamento. Assim como participei na implementação das intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.

Participei nas sessões de treino específico de AVD, com o ensino e supervisão na utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), desta forma, adquiri competência na elaboração e implementação de programas de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Identifiquei o papel do EER na equipa de enfermagem e multidisciplinar, além da sua participação activa na gestão do serviço, assim como, a promoção da interligação com os respectivos serviços de internamento, que são o destino de algumas pessoas que iniciam tratamento neste serviço cerebrovascular (fase aguda). A preocupação da continuidade de cuidados e de articulação com os cuidados de saúde primários, a preparação para a alta, visto que muitos doentes entravam e saíam do serviço para casa, são aspectos primordiais que eram promovidos diariamente.

Também constatei, a necessidade de envolvimento da família no processo de reabilitação e na promoção da funcionalidade da pessoa com dependência, com sessões de formação/educação, sendo instruídos ao nível dos aspectos cognitivo-comportamentais, de forma a minimizar a angústia da pessoa com AVC e seus familiares. Foram instruídos na necessidade de alterações a nível do contexto domiciliário, sendo orientados para a eliminação de barreiras arquitectónicas. Foi promovida a articulação com a comunidade, no sentido de identificar os recursos existentes. Participei nas sessões com a família, a fim de instruir e orientar para o regresso a casa da pessoa com AVC, neste âmbito, desenvolvi competência na promoção da mobilidade, da

acessibilidade e da participação social. Observei a articulação do EER com outros técnicos de saúde da comunidade, no sentido da preparação do domicílio para o regresso a casa da pessoa com AVC.

Ser enfermeiro especialista em reabilitação implica um conhecimento aprofundado neste domínio específico, permitindo o julgamento clínico e tomada de decisão aos vários níveis de intervenção, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Desenvolvi conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica e mobilizei capacidades e habilidades em contexto da prática clínica sob orientação de um enfermeiro especialista em reabilitação. Procurei reconhecer os elementos indispensáveis, na perspectiva de desenvolver uma prática especializada.

De acordo com Martins (2006), “a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC.” (p. 27) e de acordo com esta autora deve iniciar-se 48h a 72h após AVC. Além dos posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico e da estimulação cognitiva, também a reeducação funcional respiratória deve ser iniciada no sentido de minimizar os efeitos das complicações respiratórias que surgem, porque o aparecimento de problemas secundários e/ou complicações constituem um obstáculo à reabilitação da pessoa com lesão neurológica. De acordo com Branco e Santos (2010), as complicações mais frequentes são as respiratórias, resultantes de uma das principais consequências do AVC, a imobilidade.

Neste sentido de aquisição de competências como EER, e para desenvolver capacidades e habilidades na área respiratória, planeei e efectuei um estágio. Durante a prática clínica, desenvolvi actividades e estratégias de actuação com vista à manutenção da capacidade das pessoas respirarem eficazmente e promoção da qualidade de vida. No sentido de desenvolver competência na avaliação da funcionalidade e de diagnóstico de alterações, fiz observação da pessoa com doença respiratória, avaliei a função respiratória e os mecanismos neurofisiológicos e patológicos relativos à mecânica respiratória, fiz avaliação física: observei o padrão respiratório e respectivas características, fiz inspecção e palpação do toráx, auscultei, visualizei radiografia toráx, avaliei a capacidade de limpeza das vias aéreas e fiz avaliação nutricional, articulando com a nutricionista para estabelecimento do plano nutricional.

No âmbito da prática clínica, recolhi informação junto da pessoa e seus familiares, utilizei escalas e instrumentos de medida para avaliar funções. Para além das já mencionadas anteriormente (p. 34), como instrumento de medida do auto-cuidado, utilizei

o Índice de Barthel (ver apêndice VII e XIX); a escala de Lawton e Brody adaptada, (Escala das Actividades Instrumentais de Vida Diária), para avaliar a Autonomia Instrumental; e para a Autonomia Física, o Índice de Katz (Escala de Actividades de Vida Diária). Para avaliar, a capacidade para gerir regime terapêutico e adesão aos tratamentos, usei instrumentos de medida, utilizados no serviço (ver apêndice VI). Para avaliar a dispneia, apliquei a Escala Modificada de Borg (ver apêndice VIII, p. 6).

Os registos efectuados são primordiais, e por isso foi reestruturado o instrumento de registo relativo à colheita de dados, em utilização no serviço, a pedido do EER responsável do ensino clínico e com a sua orientação, na perspectiva de ter um preenchimento mais rápido e ser facilitador em termos de interpretação imediata (ver apêndice VI). De acordo com Silva (2010),

“é através dos registos, que o enfermeiro assegura a sua autonomia. (...) proporcionam-nos a informação necessária, para que através deles possamos planear a nossa intervenção junto do doente e contribuem para que haja continuidade dos cuidados, assentes em bases científicas e fundamentadas.” (p. 22)

Desenvolvi competências técnicas que permitiram dar resposta às necessidades da pessoa/família com alteração da função respiratória, no entanto, e sendo a pessoa indissociável, além da função respiratória existiam alterações aos vários níveis que são interdependentes e necessários de avaliar quando se estabelece o plano de reabilitação. Sendo os cuidados de enfermagem de reabilitação abrangentes e aplicáveis a pessoas com alterações das funções no sentido de prevenir complicações e evitar incapacidades, planeei planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado. Implementei as intervenções terapêuticas com vista a melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a autonomia nas AVD e minimizar o efeito das incapacidades instaladas. No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados, também os registos das actividades desenvolvidas e planeadas têm de ser realizados, a pedido do EER orientador do estágio, reestruturei os registos diários e o planeamento de cuidados existente no serviço com a sua orientação (ver apêndice VII).

Utilizei técnicas específicas de reabilitação, nomeadamente reeducação funcional respiratória, elaborei e implementei planos de reeducação funcional aos vários níveis (cardio-respiratório, motora, sensorial, cognitiva, de alimentação de eliminação e de sexualidade), discuti hábitos de risco com a pessoa, realizei intervenções no sentido de

redução dos riscos existentes por alteração da funcionalidade aos vários níveis, fiz educação da pessoa e/ou cuidador de técnicas específicas de auto-cuidado, elaborei e realizei treino específicos de AVD, com utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), de acordo com os objectivos individuais da pessoa. Avaliei os resultados das intervenções implementadas através das escalas de autonomia, já mencionadas anteriormente.

Concebi e implementei programas de treino motor e cardio-respiratório; instruí e treinei técnicas de maximização do desempenho a este nível, fiz formação/educação das pessoas com doença respiratória e pessoas significativas. Fiz sessões de treino com a pessoa e seus familiares/cuidadores no sentido de promover a reabilitação e prevenir lesões e acidentes. Monitorizei os programas implementados e os resultados obtidos. Avaliei e reformulei os programas instituídos em função dos objectivos definidos para cada pessoa e no sentido da preparação para o regresso a casa.

Fiz planeamento da alta com articulação com o EER da comunidade, promovi continuidade de cuidados, preparei a pessoa e seu cuidador para o regresso a casa, trabalhando na reinserção da pessoa e seus familiares no contexto domiciliário e articulando com os apoios sociais existentes na comunidade, tendo em perspectiva a dignidade da pessoa a sua qualidade de vida.

Realizei visitas domiciliárias com o objectivo de identificar: factores facilitadores e inibidores para o regresso a casa e identificação de barreiras arquitectónicas. Orientei para as adaptações necessárias no contexto de vida da pessoa, avaliei aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição de saúde/doença e ou incapacidade, discuti com a pessoa/família, as alterações subjacentes às mudanças e adaptações necessárias decorrentes dos efeitos adversos da doença. Desenvolvi a unidade de competência da promoção da mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

No contexto domiciliário continuei o plano de reabilitação instituído no internamento, validei a educação realizada, monitorizei a implementação dos planos de reabilitação no contexto de vida da pessoa e articulei com o EER da comunidade no sentido da continuidade do plano de reabilitação.

Na continuidade do percurso planeado para adquirir competências como EER, continuei a prática clínica num período alargado na área da reabilitação em contexto comunitário, e de acordo com a problemática enunciada, em contexto domiciliário, no

sentido da promoção da autonomia da pessoa com alterações decorrentes de AVC e seu cuidador em contexto domiciliário.

Direccionei todo o meu trabalho para a pessoa e seu cuidador, programando visitas em contexto domiciliário, com periodicidades distintas de acordo com as necessidades identificadas. Para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades, recolhi informação pertinente e utilizei escalas e instrumentos de medida, já mencionadas (p. 34) (ver apêndice VIII), como instrumento de medida do auto-cuidado, utilizei o Índice de Barthel, a escala de Lawton e Brody, adaptada segundo instrumento de avaliação individual da RNCCI, para avaliar as AIVD, e para avaliar as AVD's, o Índice de Katz. Para avaliar a dispneia, apliquei a Escala Modificada de Borg (ver apêndice VIII, p. 6); para avaliação do risco de quedas, a Escala de Morse e a Escala de Braden para avaliação risco úlcera pressão (ver apêndice XIX). No trabalho desenvolvido com a pessoa com AVC e seu cuidador, avaliei a capacidade funcional da pessoa para realizar AVD's e identifiquei em contexto de vida das pessoas os factores facilitadores e inibidores. Clarifiquei o que esperam da EER, e eu, conheci as pessoas que iria cuidar, porque é importante "...procurar saber o que para elas tem sentido, o que pode determinar a ajuda a prestar, para compensar as necessidades, a que elas próprias não podem responder em consequência da doença ou da limitação física, mental ou social." (COLLIÈRE, 1999, p.152). Identifiquei as necessidades de intervenção para promover a funcionalidade, otimizando e reeducando as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, de alimentação, de eliminação, da sexualidade e na realização das AVD's.

Avaliei os aspectos psicossociais que interferem na sua adaptação ao seu contexto de vida e de transição de uma situação de saúde/doença e/ou de incapacidade até então inexistente. A avaliação dos conhecimentos e das informações que a pessoa e cuidador detinham, foram importantes para planejar quais as minhas acções e contactos a efectuar de forma a articular com outros técnicos ao nível dos cuidados de saúde e da rede social, visto que as pessoas com AVC e seu cuidador necessitam de ser integrados em cuidados continuados de saúde o que implica "cuidados de natureza multidisciplinar e intersectorial com áreas específicas de articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e a rede social de apoio com projectos definidos de intervenção..." (Branco e Santos, 2010, p. 128).

Durante o ensino clínico, as referenciações da pessoa com AVC, vieram do hospital, através de carta de alta, do médico de família, visto que iam entregar carta de



alta após internamento e eram encaminhados para a equipa de cuidados continuados e começaram a surgir pessoas referenciadas através da plataforma informática da RNCCI, das EGA para a ECCI. A ECCI está organizada numa perspectiva multidisciplinar de identificação de necessidades, com elaboração de um plano individual de intervenção e monitorização periódica pelos indicadores estabelecidos. A ECCI é uma resposta para a continuidade de cuidados, mas tem ainda um curto percurso, no entanto durante a prática clínica trabalhei com a metodologia inerente a esta equipa, efectivando a articulação entre o centro de saúde, o hospital (EGA), a entidade que presta apoio social e também articulei com os recursos locais disponíveis nas comunidades onde as pessoas com AVC estão inseridas, nomeadamente as autarquias locais.

O EER é o pilar desta equipa, na área onde realizei o ensino clínico. As suas funções passam pela prestação e a gestão de cuidados de enfermagem especializados no que se refere à reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social das pessoas com doenças do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular, neurotraumatológico, e em particular, por ser o foco do meu projecto, do foro neurológico. As suas intervenções possibilitam: assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas com AVC, no contexto domiciliário; evitar incapacidades ou minimizar o impacto das incapacidades instaladas e prevenir complicações. A sua intervenção na equipa, funciona como perito e formador, tendo em vista, a melhor articulação e a continuidade de cuidados de reabilitação, bem como na educação e formação das pessoas, seus familiares e da comunidade onde se inserem.

A minha actuação centrou-se na articulação entre o apoio de saúde e social, com as prioridades da família, avaliando o suporte existente em termos da comunidade, onde a pessoa com AVC, está inserida. Com o objectivo de desenvolver competências como EER, concebi planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista à promoção da autonomia em contexto domiciliário. Concebi planos, prescrevi as intervenções para otimizar e reeducar as funções, discutindo com a pessoa e seu cuidador quais os objectivos e as estratégias a implementar de acordo com alterações das funções, definindo as metas a atingir, no sentido de promover a sua autonomia no domicílio e meio envolvente.

Iniciei um processo de aprendizagem, com desmistificações, partilha de significados, tendo sempre em consideração a adequação às necessidades da pessoa e seu cuidador. Constatei que os cuidadores na primeira abordagem, que se traduziu na primeira visita, estavam angustiados, ansiosos, com medo, sem saber o que fazer para

ajudar a pessoa que tem limitação da mobilidade e/ou outras que diminuam a autonomia que tinham anteriormente à situação de doença. De acordo com Correia, Teixeira e Marques (2005), “a prestação de cuidados a doentes dependentes impõe aos cuidadores informais uma sobrecarga tanto emocional, como financeira, como física, como social e familiar, difícil de ultrapassar.” (p. 130). A família vive momentos de grande ansiedade, foi necessário durante a minha intervenção, criar um clima de empatia, confiança, transmitir segurança que nem sempre foi fácil, porque conseguir estabelecer uma relação de parceria, implica proporcionar ajuda de acordo com os seus valores, prioridades e necessidades. Orientei e formei tendo em consideração a idade do cuidador, por vezes avançada, baixos níveis de instrução, classe social e nível económico, o que muitas vezes limitou as intervenções, porque os cuidados a prestar à pessoa com AVC, exigem capacidade física que alguns dos cuidadores já não tinham, e por isso, houve necessidade de apoio social, articulando com as assistentes sociais da área de residência. Também ocorreram dificuldades de aprendizagem e de dispêndio económico, nomeadamente para aquisição de determinados produtos de apoio, e neste aspecto articulei com um banco de produtos de apoio existente na área geográfica.

Os cuidadores têm de desenvolver capacidade e conhecimento para cuidar em casa da pessoa com AVC, é da responsabilidade de EER estar comprometido com esta necessidade, assumindo uma relação de cooperação. Esta relação foi assumida como EER, com informação e formação que foram os elementos essenciais no estabelecimento do plano de reabilitação com envolvimento da pessoa e seu cuidador, colocando grande ênfase na promoção da autonomia no seu ambiente domiciliário. Identifiquei as necessidades de cuidados, desenvolvi com a participação da pessoa e do seu cuidador, planeamento de cuidados, estimei a promoção da autonomia através de programas de orientação e treino, informei e orientei sobre os recursos disponíveis na comunidade e possíveis soluções e procura de alternativas, assim como articulei com o sector social nas situações que identifiquei como necessário e que necessitavam de apoio. Também articulei com outros técnicos, nomeadamente terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, procurando ajudas técnicas para a pessoa, no sentido do desenvolvimento das capacidades para melhor se integrar no meio domiciliário e comunitário. Implementei as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e reeducar as funções alteradas. Implementei programas de reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, reeducação da sexualidade com a perspectiva dos próprios em relação a esta função, assim como reeducação da função de alimentação e de

eliminação (vesical e intestinal). Ensinei, demonstrei e treinei no âmbito dos programas definidos, com o objectivo de promover autonomia da pessoa e respectivo cuidador.

Pelo facto de não estar estruturado nenhum instrumento de registo de enfermagem de reabilitação e depois de ter sido proposto à orientadora do ensino clínico, justificando a sua necessidade, foi criado pela própria e por uma colega em estágio da mesma área de especialidade (ver apêndice VIII). O instrumento de registo de enfermagem de reabilitação contempla: a neuroavaliação de enfermagem, a utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções e o respectivo programa de reeducação funcional motora e respiratória (ver apêndice VIII). As escalas utilizadas foram reestruturadas pela própria e pela respectiva colega (ver apêndice XIX). Os planeamentos das intervenções, foram redigidos em folha própria, plano individual de intervenção (ver apêndice X), pertencente ao processo individual em ECCI (Anexo I).

Todas as actividades desenvolvidas precederam a um planeamento, que foi estruturado de acordo com a avaliação do enfermeiro, neste caso especialista em reabilitação. De acordo com Leal (2006),

“seja qual for o paradigma dominante num determinado contexto, todos concordam que as actividades de enfermagem envolvem, sempre, a recolha, análise e registo de informação e, como tal, pressupõe o recurso à linguagem de um modo que não gere confusões nem ambiguidades. (p.22).

Neste âmbito, a responsável pela ECCI e minha orientadora de estágio solicitou-me a elaboração de um instrumento de registo de evolução de feridas, a integrar posteriormente no processo da ECCI, porque através dos registos diários, a percepção em termos de evolução das feridas, era pouco objectiva. Pretendeu-se com este instrumento de registo, uniformizar os elementos a registar relativamente às feridas. (ver apêndice XI). Participei na avaliação anual da ECCI No sentido de avaliar ganhos em saúde, foram criados indicadores para a ECCI. Elaborei novos indicadores de avaliação (ver apêndice XII) de acordo com a filosofia dos cuidados na ECCI e sob orientação da Enfermeira Coordenadora da ECCI. Com o objectivo de avaliar os resultados das intervenções implementadas, usei as escalas de avaliação, que apliquei mensalmente, e monitorizei a implementação e os resultados dos programas de reeducação funcional, de redução de risco e de treino, desenvolvendo competência nesta área.

De acordo com as necessidades identificadas em contexto domiciliário à pessoa com AVC e seu cuidador, estabeleci parceria e tomei decisões baseadas em conhecimento e discutidas em equipa multidisciplinar, expondo as situações, sobre as quais tinha dificuldade em tomar decisão, e num vasto leque de opções, seguir o caminho mais adequado.

A minha actuação foi subjacente ao processo de transição sofrido pela pessoa com AVC e seu cuidador, perspectivando recuperar a saúde conseguindo que permaneça na sua casa, minimizando o número de internamentos e promovendo a qualidade de vida da pessoa e de seu cuidador. A valorização do cuidador informal da pessoa com AVC, em ambiente domiciliário também se caracteriza pelo seu importante papel como agente económico e nesta presente fase de restrição económica, assume uma importância crescente visto que permite poupanças na despesa pública, pois também reduz a taxa de institucionalização das pessoas com AVC.

Para promover a recuperação no seu ambiente familiar, ajustei os meios disponíveis e já conhecidos da pessoa a novas necessidades decorrentes da sua situação de doença e de diminuição de mobilidade. Ouvir a pessoa nas mudanças a efectuar no seu ambiente é uma mais valia, porque irá ter como objectivo melhorar a sua adaptação a novas necessidades, motivando-os a serem os próprios agentes de mudança para promoverem a sua adaptação ao seu meio. Enfatizar os laços que a pessoa estabelece com o espaço, com os objectos e tirar partido desta identidade para promover a sua adaptação à nova condição de vida foi uma mais valia para concretizar o plano de reabilitação, porque constatei crises de identificação com o seu ambiente e com o papel que era assumido anteriormente, visto que “não está em jogo apenas uma deficiência, mas uma pessoa que ao regressar terá que assumir novamente um papel familiar ainda que de modo diferente.” (MARTINS, 2002, p. 107).

Constatei que a doença associada a incapacidades implica para a pessoa e sua família alterações no seu papel social e familiar, nos seus projectos de vida pessoais e profissionais e a nível da individualidade quer pessoal quer de outros membros da família, porque “...alguns poderão ter necessidade de alterar ou de desistir de alguns projectos de vida, contribuindo tudo isto para modificar a estrutura familiar e criar novas relações entre os seus membros.” (CORREIA, TEIXEIRA e MARQUES, 2005, p.128). Houve necessidade de uma atenção integral a todos os membros, do contexto familiar e ter em atenção as necessidades, nomeadamente as psicológicas e articular com outro técnico de saúde (psicóloga) para ajudar na readaptação da pessoa e outros elementos da família,

porque o bem-estar do cuidador influencia os cuidados que presta à pessoa cuidada. De acordo com Martins (2006),

“a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspectos importantes, que merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois dele dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade.” (p. 62).

Promovi interacção entre as partes envolvidas, planeando com a pessoa e família, as funções que poderá assumir, mas com adaptações à nova situação, favorecendo um ambiente facilitador de aprendizagens e treinos de actividades específicos de AVD's, que promovam autonomia, maximizando a funcionalidade no seu espaço e aumentando a mobilidade através de treino de exercícios. Estabeleci sequências de actividades para promover a aquisição de maior autonomia nas actividades de vida diária e para maximizar as suas funções, aumentando a mobilidade e consequente readaptação ao seu meio de vida. Desenvolvi competência relativa à elaboração e implementação de programas de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

A reabilitação da pessoa com AVC,

“...deve ter início no dia em que sofre a lesão e todos os que trabalham com ela, inclusive a família, têm que estar cientes da importância do seu trabalho, este, só acaba no dia em que a pessoa é capaz de viver com a sua deficiência, incapacidade ou desvantagem.” (BRANCO e SANTOS, 2010, p.121).

De acordo com o potencial de reabilitação da pessoa, estabeleci metas atingíveis com o objectivo de motivar a pessoa e seus familiares de que as aprendizagens são progressivas e resultam de um processo de reabilitação contínuo em que todos devem estar envolvidos, porque a procura constante de soluções e adaptações permitiu motivar a pessoa e o seu cuidador no sucesso da readaptação ao seu ambiente. A consciencialização progressiva dos processos de treino e de aumento de autonomia são uma mais valia na readaptação à esta nova situação de vida.

De acordo com Branco e Santos (2010), “não basta regressar a casa, é fundamental habilitar e consciencializar a pessoa/família de que todos os exercícios são

possíveis, agora de uma forma personalizada, de acordo com os meios disponíveis em casa.” (p.122).

As alterações emocionais são frequentes nas pessoas com AVC, e nesta área, instruí a família para a sua compreensão, no sentido de valorizar os comportamentos e acções apropriadas e ignorando os comportamentos inadequados, a pessoa deve ser reforçada positivamente quando desenvolve atitudes e comportamentos correctas, assim como quando executa mais autonomamente uma actividade da sua vida, como por exemplo conseguir levar a escova de dentes até à boca.

Aconselhei a família a ter disponível um calendário e um relógio para a pessoa ver referências temporais, adaptando o ambiente nesse sentido, mudar a disposição da cama para mais perto da janela, mostrou ser uma referência importante para distinguir entre dia e noite. De acordo com Rice (2004), “a colocação de uma cama junto a uma janela ajuda o utente a observar as alterações entre dia e noite, as condições meteorológicas e as alterações sazonais...” (p. 368). Outro aspecto importante foi ter a televisão ligada nos programas que eram os favoritos da pessoa antes da situação de doença, o que se mostrou terapêutico, no sentido de fazer lembrar situações tidas como agradáveis para a pessoa.

No sentido da pessoa com AVC não excluir o hemicorpo lesado e de contrariar a tendência em ter a sensibilidade diminuída, o cuidador foi instruído a aumentar a carga sensitiva e abordar a pessoa pelo lado hemiplégico, a promover o toque e a estimulação, assim como todas as pessoas da família e amigos, vizinhos que faziam parte do seu contexto de vida. Promovi a utilização de espelhos para ajudar a pessoa a integrar a imagem corporal. A disposição do quarto, quando possível, foi mudado nesse sentido, para que a pessoa recebesse de forma constante e automática a estimulação pelo lado hemiplégico. Desenvolvi competência na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social.

Nas situações das pessoas com défices perceptivos e de comunicação verbal, uma das estratégias encontradas foi a escrita, no sentido de permitir a troca de informação. O cuidador foi instruído a transmitir à família de que seria importante falar devagar e preferencialmente pelo lado afectado, a utilizar frases simples e curtas, fornecendo apenas uma informação de cada vez e dar tempo à pessoa para se exprimir e fazer a renomeação de objectos, repetindo as frases e os nomes dos elementos da família.

Relativamente à alimentação, uma das complicações, além da incapacidade de se alimentar autonomamente, é a disfagia podendo ser fatal se ocorrer a aspiração de

vômito. A minha avaliação constou em: examinar o nível de consciência, a postura, a tosse voluntária, a qualidade da voz e o controlo da saliva por parte da pessoa. Seguindo-se a ingestão de uma colher de chá de água e se foi bebida em segurança passar a um pequeno copo de água. Muitas vezes foi necessário ajustar o tipo de dieta. De acordo com White et al. (2008), “a evidência apoia a modificação da dieta como sendo a estratégia mais eficaz nos doentes com acidente vascular cerebral...” (p. 57). O cuidador foi orientado para posicionar correctamente a pessoa, de costas apoiadas e tronco erecto, nunca comendo nem bebendo deitada. Foi instruído a conseguir um ambiente calmo, a oferecer pequenas quantidades de comida, a evitar líquidos pouco espessos e se necessário recorrer ao uso de substâncias espessantes. Foi transmitido ao cuidador a importância da pessoa se alimentar sozinha, e instruído acerca do seu papel na recuperação desta AVD, para a promoção da autonomia. Permitir-lhe tempo e espaço para conseguir pequenos ganhos ao longo do tempo, não exigindo aquisição rápida de competências ao nível dos movimentos quer de transporte de alimento à boca, quer de mastigação e deglutição. A orientação relativamente a dispositivos de compensação foi uma preocupação, no entanto, por vezes foi necessário improvisar e conseguir alguns utensílios que se assemelhassem aos originais visto que as dificuldades económicas eram uma realidade constante em alguns contextos de vida. Desenvolvi competência na elaboração e implementação de programas de treino de AVD's, com o objectivo da adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia. Ensinei técnicas específicas de auto-cuidado, realizei treino específico de AVD's, com a utilização de produtos de apoio ajudas técnicas e dispositivos de compensação. Ensinei e supervisei a utilização destes produtos, visando a maximização da capacidade funcional da pessoa.

A eliminação após o AVC está muitas vezes alterada. O cuidador foi instruído para esta situação, no sentido de fazer treino vesical, com restrição de líquidos a partir das 18h e evitar a ingestão de substâncias estimulantes. Outra técnica instruída, foi antecipar a micção, oferecendo urinol ou levando à casa de banho antes de ser solicitado pela pessoa. A principal complicação da eliminação intestinal é a obstipação, por isso a pessoa com AVC e seu cuidador foram orientados a manter os hábitos de eliminação anteriores, instituindo a dieta rica em fibras, cereais integrais, legumes e estimulação da ingestão hídrica, com cerca de 2l de líquidos/dia. Quando necessário foi prescrito pelo clínico laxantes e/ou emolientes.

Orientei e treinei os posicionamentos da pessoa com AVC, usando o padrão anti-espástico, e instruí a pessoa e seu cuidador, que este deve estar presente em todas as

actividades ao longo do dia e não apenas nas horas de descanso ou de sono. Orientei a pessoa e seu cuidador que a reabilitação deve ser encarada durante todo o dia, em todas as actividades, para alcançar o máximo de desempenho e de autonomia possível, de acordo com as suas capacidades. A motivação da pessoa e de todos os que a rodeiam é a peça fulcral para o sucesso da recuperação no seu ambiente. Informe e treinei para desenvolver habilidades do cuidador no sentido dos posicionamentos correctos, a fim de evitar o aparecimento da espasticidade. Demonstrei, treinei e validei mobilizações passivas, activas assistidas e activas resistidas. Também as auto-mobilizações na cadeira de rodas ou no leito, foram instruídos a praticar, explicando a sua finalidade. As actividades terapêuticas (rolar, ponte, facilitação cruzada, carga no cotovelo e o treino de equilíbrio), foram instruídas e praticadas, no sentido de reeducar para o movimento e para a funcionalidade. Aproveitar todos os movimentos para reabilitar é a chave do sucesso em todo o processo de recuperação. O treino contínuo de actividades prepara as pessoas para o auto-cuidado, estimula a sensibilidade, reeduca o equilíbrio, promove satisfação da pessoa, e prepara para o levantar da cama e para a marcha. Um aspecto que instruí e treinei, constatando satisfação por parte das pessoas, foi permitir que a pessoa visualizasse o que íamos fazendo em termos de mobilidade com o treino dos vários exercícios, estimulando a integração da imagem corporal, no sentido da promoção da auto-estima e identificar as conquistas progressivas que conseguia, relativamente à reaquisição da sua funcionalidade.

Habilitei a pessoa e seu cuidador para fazer o levantar e transferência cadeira-cama e cama-cadeira/sofá, estimulando a mobilidade, a promoção e o desenvolvimento das potencialidades que a pessoa ainda tem. Após o equilíbrio estar presente, instruí a necessidade de desenvolver estratégias, que tinham a finalidade de adquirir autonomia do próprio nas actividades de vida diária, desenrolando o plano de reabilitação de forma persistente, contínua e com aumento da complexidade. Concebi e implementei programas de treino motor e cardio-respiratório; instruí e treinei técnicas de maximização do desempenho a este nível, fiz formação/educação da pessoa e seu cuidador. Fiz sessões de treino com a pessoa e seus familiares/cuidadores no sentido de promover a reabilitação, prevenir lesões e acidentes. Monitorizei os programas implementados e os resultados obtidos. Avaliei e reformulei os programas instituídos em função dos objectivos definidos para cada pessoa e no sentido da promoção da sua autonomia.

A necessidade de produtos de apoio foi uma realidade, que de acordo com as limitações da pessoa foram prescritas, e não esquecendo a questão económica, foram



direccionados para o banco de ajudas técnicas, que possui alguns produtos e que empresta com a devida requisição assinada pelo técnico de saúde; assim como, os meios auxiliares de marcha no sentido de diminuir a sobrecarga humana que recai sobre o cuidador e também os dispositivos de compensação de forma a facilitar a aquisição de autonomia da pessoa nas actividades de vida diária. Promovi adaptações da disposição do mobiliário, tapetes e outros obstáculos existentes no domicílio que dificultavam a movimentação e que colocavam em causa, a segurança da pessoa na sua deslocação no seu ambiente domiciliário. De acordo com Martins (2002),

“o profissional de saúde não é mais o perito, ou o especialista, único detentor do saber, mas apenas o facilitador a quem compete criar as condições, as oportunidades e os meios para as famílias poderem utilizar as suas capacidades e adquirir novas competências. Só assim poderão ser autónomas e consolidar a sua dinâmica familiar.” (p. 152).

A pessoa é um todo indissociável, e nesse sentido com influências várias na sua homeostasia e estado emocional ao longo do seu processo de recuperação. A influência do estado emocional e psicológico do indivíduo na sua recuperação é notória, assim como demonstrarem alguma dificuldade em se envolver em actividades recreativas, premiando o seu isolamento, trabalhei com a pessoa e seu cuidador, na perspectiva de reintegração social, promovendo a interacção com os outros, e estimulando à saída de casa, visto que após a sua realização se verificava um aumento da sua satisfação e de motivação para continuar a sua recuperação. Tentei dar ênfase ao papel social e interacção com os outros não familiares que muitas vezes até se deslocavam a casa da pessoa com AVC e aí no sentido da partilha ideias, estimei a relação com os outros, no sentido do aumento do estado de ânimo e da auto-estima. De acordo Löfgren et al. (1999), as pessoas com sequelas de AVC expostas a vários níveis de stress, têm a capacidade de aceitarem novas situações intimamente relacionada com o seu estado de ânimo. Promovi a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, no sentido da promoção da sua autonomia em contexto domiciliário e de readaptação no seu meio envolvente.

Ter em atenção as necessidades da pessoa com AVC, os interesses, as prioridades e os recursos numa perspectiva individual e trabalhar conjuntamente com a família é função do EER, no entanto, também o é, avaliar o desgaste físico e psicológico dos cuidadores, que manifestam muitas vezes de acordo com Bettencourt et al. (2007), sentimentos contraditórios, falta de tempo para si, de liberdade e de disponibilidade,

dificuldade em aliar estruturas e carreiras profissionais... tudo isto na maioria das vezes conduz a depauperação. Assim perante este cenário a ausência de bem-estar do cuidador, a qualidade dos cuidados prestados tem de ser tida em consideração. De acordo com Martins (2006),

“a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspectos importantes que merecem por parte do EER uma atenção particular, pois dele dependem os dentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade.” (p. 62).

O cansaço emocional, psicológico, físico, a sobrecarga de tarefas, levam muitas vezes a situações de ausência de bem-estar do cuidador, neste âmbito foi elaborado em parceria com uma colega do Mestrado em Saúde Comunitária, sessões de educação para a saúde, tendo como objectivo minimizar o desgaste físico dos cuidadores, educando, demonstrando como prevenir lesões músculo-esqueléticas (ver apêndice XIII).

Constatei que a educação, o treino, a informação, as ajudas técnicas e a rede social de apoio quando bem articulados, promovem a autoconfiança da pessoa e do seu cuidador, ajudando a tornar-se mais confiantes e a maximizar o seu próprio desempenho nas actividades diárias. De acordo com (UMRNCCI, 2007), “à medida que a confiança aumenta os doentes/familiares tornam-se mais activos e mais interessados em se autocuidarem.” (p. 27). Procurei estimular a pessoa em situação de dependência a fazer tudo o que lhe fosse possível, fornecendo a ajuda e o apoio necessário, e educando o cuidador nesta filosofia de actuação. De acordo com UMRNCCI (2007), “os cuidadores devem respeitar sempre o princípio de que a ajuda a prestar deve ser a necessária no respeito pelo direito que o outro tem de tomar decisões acerca de si próprio.” (p. 30). Constatei que o cuidador só quando integrado em todo o processo de reabilitação, não tende a substituir a pessoa cuidada e daí depende todo o percurso da reabilitação em contexto domiciliário no sentido da maximização da capacidade funcional da pessoa. Constatei que o treino, o aproveitar todas as actividades para funcionarem como reabilitação foi uma forma muito positiva de recuperação no domicílio, promovendo motivação na pessoa e seu cuidador com os pequenos ganhos graduais no desempenho das actividades de vida e no aumento progressivo de mobilidade, favorecendo o desempenho do próprio de actividades no seu contexto de vida.

De acordo com Meleis (1997), o desafio face às necessidades identificadas em termos de suporte nos processos de transição, onde as pessoas estão mais vulneráveis é entender o próprio processo de transição e intervir no sentido de apoio e ajuda efectiva à pessoa e sua família/cuidador com vista a proporcionar bem-estar. Neste âmbito, trabalhei em colaboração com a pessoa com AVC e respectiva família/cuidador, implementei intervenções que habilitaram a pessoa com AVC e sua família/cuidador a decidirem autonomamente com base em conhecimentos que foram interiorizando e a dar respostas às suas necessidades. Garanti suporte físico e emocional , a capacidade de tomada tomada de decisão e a reconhecer sinais de possíveis situações geradores de crise e atempadamente tentar minimizar os efeitos. Promovi acções no sentido da melhoria da sua qualidade de vida, respeitando os seus ideais e valores, sem imposições, negociando as possíveis alternativas, numa perspectiva de seguir o caminho adequado em termos de plano de reabilitação para cada pessoa e sua família/cuidador em contexto domiciliário.

## 5. QUESTÕES ÉTICAS

No âmbito da problemática deste trabalho e na relação directa com as pessoas e seus familiares/cuidadores, alvo de cuidados, estão inerentes princípios éticos, em que todas as acções desenvolvidas se fundamentaram, essencialmente no respeito pelos direitos humanos sem nunca discriminar em função das convicções ou de diferenças (sociais, étnicas e económicas). Agi de acordo com o código deontológico do enfermeiro, respeitando os princípios gerais e os deveres deontológicos nos vários contextos de cuidados. Toda a nossa concepção deontológica inerente à profissão, assenta também em princípios éticos, nascendo os nossos princípios morais a nível profissional. A preocupação pela dignidade das pessoas, independentemente da sua condição de saúde, é constante em qualquer contexto de cuidados, incluindo-se o contexto domiciliário.

Cada pessoa, tem um projecto de vida que orienta as suas acções, e o foco de atenção, deve ser o desenvolvimento dos seus projectos de saúde em função da sua vontade e de acordo com os seus ideais, respeitando a sua intimidade e a não ingerência na sua vida privada e da sua família, num agir profissional que respeita o código deontológico do enfermeiro. Quando entramos em casa das pessoas, elas têm de saber quem somos e o que se pretende com a nossa visita, quais os aspectos que vamos ajudar e de que forma, respeitando, de acordo com código deontológico, o dever de informação (Artigo 84.º). A análise das situações, implica princípios éticos que têm de ser respeitados, porque as decisões de enfermagem influenciam a vida das pessoas, neste âmbito, as competências e os valores inerentes ao profissional condicionam directamente as pessoas envolvidas. É preciso equacionar uma série de factores que interagem na relação estabelecida entre a pessoa cuidada e o enfermeiro, este deverá “partir do saber e da capacidade das pessoas para responderem às suas necessidades, completando a sua informação, compreendendo a forma de ajuda a dar, fazendo-as conhecer e utilizar os meios apropriados.” (COLLIÈRE, 2003, p. 264).

Também é imperioso validar as actividades aprendidas pelos cuidadores, e o EER tem a função de avaliar se a pessoa com AVC em contexto domiciliário, tem os cuidados adequados, com vista à continuidade da sua reabilitação.

Durante a prática clínica, acompanhei a pessoa com AVC e sua família/cuidador, respeitando os seus valores, sentimentos, perspectivas, e as suas decisões; ajudando-os no seu percurso, a promover acções adequadas, para resolver ou minimizar os problemas inerentes às alterações subjacentes a esta doença.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sequência de um episódio agudo de uma doença, nomeadamente por AVC, as pessoas que ficam em situação de dependência, têm o direito de voltar a ter uma condição de vida de acordo com as suas expectativas, no sentido de alcançar autonomia nas suas actividades de vida, readaptando-se ao seu contexto de vida e readquirindo capacidades de agir por si próprio.

Após o regresso a casa da pessoa com AVC, existe a necessidade de participação de todas as entidades a nível familiar e comunitário, exigindo uma abordagem multidisciplinar e um planeamento e coordenação de uma rede de cuidados continuados, perspectivando uma assistência com qualidade e com objectivos delineados em equipa, no sentido de um plano individual de intervenção. As intervenções dos EER direccionam-se para a promoção da sua autoconfiança, estabelecendo o ponto de equilíbrio com o apoio da família/cuidador, os apoios da comunidade e os sociais, que em parceria, vêm promover a recuperação e manutenção de todas as actividades que vão sendo desenvolvidas pela pessoa, perspectivando uma qualidade de vida de acordo com a sua filosofia de vida. De acordo com UMRNCCI (2007) “a educação e o treino, a informação, as ajudas técnicas e as redes sociais bem implementadas ajudam o doente dependente a tornar-se mais confiante e a autocuidar-se mais facilmente.” (p. 27).

Durante a prática clínica, constatei que para satisfazer as necessidades de saúde e sociais das pessoas com AVC e seus familiares/cuidadores, foi necessário apoio psicológico; treino de actividades e de aquisição de habilidades da pessoa e seu cuidador; adaptação à situação de saúde presente; suporte económico e estabelecimento de parcerias com entidades locais, que ajudaram na promoção da reinserção domiciliária e social. A actual política de cuidados de saúde a nível da comunidade, com o aparecimento das ECCL, unidade domiciliária da RNCCI, promove a intervenção de uma equipa multidisciplinar no contexto de vida das pessoas, adequados às suas necessidades, estabelecendo um plano individual de intervenção, com o objectivo de manter a pessoa sempre que possível no seu domicílio, contribuindo assim para a reinserção sócio-familiar. Esta resposta de saúde pretende garantir a continuidade de cuidados e que seja integrado na equipa prestadora de cuidados, ainda durante o internamento hospitalar se possível, um familiar ou cuidador, pessoa à escolha do doente, que receberá a formação, treino e educação para prestar os cuidados no domicílio. De

acordo com Bettencourt et al. (2007), a inclusão do cuidador no processo de reabilitação visa garantir, de alguma forma, a continuidade de cuidados à pessoa com AVC, quando este se responsabiliza, tendo por base uma negociação prévia, adquirindo conhecimentos e habilidades para prestar cuidados no domicílio.

Durante o percurso de prática clínica no contexto comunitário, constatei que a efectividade do plano de reabilitação, impõe uma estreita relação entre os elementos da equipa multidisciplinar, planeando-se em reunião, as metas a atingir e os objectivos delineados para cada pessoa, permitindo uma adequação entre os objectivos alcançados e os que ainda serão necessários alcançar, tendo em consideração a sobreposição de gastos, quer para a pessoa e sua família, quer para o serviço de saúde.

Constatei que a continuidade de cuidados tem falhas, nomeadamente a nível da referenciação para os cuidados de saúde primários, visto que a nível hospitalar, o circuito de referenciação das EGAS para as ECCI a nível da plataforma informática da RNCCI, ainda não funciona em pleno, o que dificulta uma intervenção precoce a nível do contexto comunitário. Este facto, poder-se-á justificar como sendo uma forma ainda embrionária de articulação entre cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários.

Incluir a pessoa no planeamento dos seus cuidados, de acordo com as alterações de saúde e as suas capacidades, e promover o treino de actividades de acordo com os objectivos estabelecidos, é uma condição determinante em todo o processo de aquisição de autonomia em contexto domiciliário, acrescentando a ideia de que qualquer actividade desenvolvida deve ser encarada como integrante do plano de reabilitação, nem que a sua concretização seja parcial. Os pequenos ganhos graduais em termos de mobilidade e de funcionalidade, promovendo a participação do próprio nas actividades de vida diária, funciona como um reforço positivo para a pessoa, durante o desenvolvimento de todo o processo de reabilitação.

A qualidade de vida das pessoas com AVC depende da sua perspectiva, do seu envolvimento na execução de actividades, da sua motivação ao longo de todo o processo de readaptação à nova condição de saúde. Por isso, “daí a necessidade de considerar para além da capacidade física e funcional, o domínio social, emocional e psicológico do indivíduo.” (MARTINS, 2006, p. 42). Atender as necessidades de suporte emocional, torna possível às pessoas procurarem respostas aos seus problemas no âmbito das suas capacidades e dos seus conhecimentos, ficando predispostos a receberem ajudas, no sentido de aumentarem a sua autonomia, ao longo do processo de recuperação em contexto domiciliário.

Desenvolvi competências como EER, mobilizando conhecimentos, atitudes e habilidades, nas várias situações de cuidados. A prática clínica aliada aos conhecimentos complementaram-se de forma indispensável à construção de competências. Como perspectivas de intervenção após esta aquisição de competências como EER, e integrando organizações de saúde quer a nível de cuidados diferenciados, quer a nível dos cuidados de saúde primários, encontro-me em situação de concretizar a prática do dia a dia com efectividade, mas também mostrar a minha intervenção como EER e facilitar condições de acesso para que as populações tenham cuidados de reabilitação. Como exerço funções numa ECCI, perspectivando desempenhar funções como EER, com intervenções promotoras de articulação dos serviços de internamento hospitalar e também promover uma referenciação mais precoce por parte das EGAS das unidades hospitalares para as ECCI, no sentido de otimizar os recursos existentes e promover a articulação da equipa multidisciplinar ao nível dos cuidados de saúde e social. Pretendo avaliar a satisfação dos utentes e potenciar a formação e educação dos cuidadores, dada a relevância do seu papel na prestação de cuidados em contexto domiciliário.

A formação aos pares é uma estratégia de promoção e divulgação da filosofia de todo o processo de reabilitação das pessoas com AVC, não se circunscrevendo à permanência em casa, sem motivação, nem projecto de vida, mas sim à sua readaptação ao sistema familiar, com todos os ajustes necessários e suportes fundamentais para o cumprimento das suas actividades no seu ambiente familiar e social, retomando sempre que possível as suas funções. Este trabalho permitiu abrir horizontes para implementar acções na área da enfermagem de reabilitação, criando uma dinâmica de mudança e de metodologia de intervenção em contexto domiciliário sendo que, numa equipa multidisciplinar, o EER terá a função de configurar a intervenção no contexto domiciliário como uma estratégia de formação da pessoa/ família/comunidade, orientada para ajudar na resolução de problemas reais em comunhão com os próprios sujeitos de cuidados.

Por último, realçar junto da equipa multidisciplinar, a importância do EER nas equipas de saúde a nível dos cuidados de saúde primários, promovendo e liderando os cuidados de saúde necessários à pessoa com AVC em contexto domiciliário, articulando estratégias, garantindo condições de continuidade de cuidados, de promoção de saúde, de prevenção de novas incapacidades e de adaptação à sua dependência, funcionando como pivot nesta equipa, articulando-se com os restantes membros num trabalho de complementaridade, primando pela abordagem da pessoa como um ser único e indissociável, cuidado na perspectiva holística.

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, I. (1999). A continuidade dos cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. *Geriatrics*. **112**: 15-18.

Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Indicadores de Actividades da Área Cardiovascular*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência*. **7**: 43-53.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido em: Junho de 2011, em: <http://www.aper.com.pt>.

Augusto, B.; Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. 2ª ed, Formasau. Coimbra.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto. Coimbra.

Bettencourt, A. ; [et al.]. (2007). *Aprendendo o cuidado de enfermagem – entre a prática e a escrita a construção da competência clínica in Cuidar da família que cuida*. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Lisboa.

Bocchi, S. C. M.; Angelo, M. (2005). Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência Saúde Colectiva*. **3**: 729-738. Acedido em: Abril 2012 em: [www.abeneventos.com.br/anais61cben/files/00206.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais61cben/files/00206.pdf).

Branco, Teresa; Santos, Rui. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. 1ª edição, Formasau. Coimbra.

Castellucci, D. (1998). Issues for nurses regarding elder autonomy. *The Nursing Clinics of North America*. **2**: 265-274.



Cifu, S. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. *Arch. Phys. Med. Rehab.* **80**: 35-39.

Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. 2ª edição, Lusociência. Lisboa.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. 2ª edição, Lidel, edições técnicas, Lda. Lisboa.

Correia, C.; Teixeira, R.; Marques, S. (2005). A Família do doente dependente. *Servir.* **3**: 126-131.

Decreto-Lei nº. 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República nº 38/2008 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei nº. 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série*. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2000). *Viver após um Acidente Vascular Cerebral*. Acedido em: Junho de 2011 em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i0056652.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i0056652.pdf).

Direcção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa.

Godinho, N. (2010). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Henriques, A. (1999). Dificuldades sentidas pela família após a alta hospitalar. *Enfermagem.* **5**: 22-29.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Lusociência. Loures.

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo*. 2ª edição. Lusociência. Loures.

Jesus, C. S. et al. (2005). Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio. *Sinais Vitais*. Coimbra. **59**: 25-28.

Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Lusociência. Loures.

Löfgren, B.; Gustafson, Y.; Nyberg, L. (1999). Psychological Well/being 3 years after severe stroke. *Stroke*. **30**: 567-572.

Lopes, M. et al. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. (Relatório preliminar)*. Centro de Investigação em Enfermagem e Tecnologias da Saúde. Évora.

Martins, M. M. (2002). *Uma crise Acidental na Família – O Doente com AVC: Processos Familiares/Aceitação/Dependência*. Edição Sinais Vitais, Formasau. Coimbra.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Edição Sinais Vitais, Coimbra.

Meleis, A. ;Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. **42**: 255-259.

Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ª edition, Lippincott. Philadelphia.

Ministério da Saúde. (1999). *Uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Nunes, L. (2002). «cinco estrelas»: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*. **171**: 8-11.

O'mahony, P.; Thomson, R.; Dobson, R.; Rodgers, H.; James, O. (1999). The prevalence of stroke and associate disability. *J. Public Health Medicine*. **21**: 166-171.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Enquadramento Conceptual*. OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Individualização das especialidades em enfermagem*. OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)*. OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. OE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. OE. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral - Um guia para fisioterapeutas e profissionais de prevenção primária de saúde*. Artmed. Porto Alegre.

Perlini, N.; Faro, A. (2005). Cuidar da pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. **39**:154-163.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau. Coimbra.

Pryor, J. (2005). Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature. *Spring*. **3**: 8-12.

Ramires, I. (1997). Reabilitação no acidente vascular cerebral: do hospital à comunidade: *Acta Médica Portuguesa*. **10**: 557-562.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2010). *3 Anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Gesaworld. Lisboa.

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. 1ª edição. Lusociência. Loures.

Rodrigues, L. S.; Alencar, A. G.; Rocha, E. G. (2009). Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Revista Brasileira Enfermagem*. **2**: 271-277.

Santos, J. M. (2002). *Parceiros nos Cuidados – Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Silva, M. S. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha da informação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Tese de Mestrado.

Sorensen e Luckmann. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta. Lisboa.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição, Lusociência. Loures.

Torres, A. C. (2004). *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*. Estudos 1, Cite. Lisboa.

Unidade Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. RNCCI. Lisboa.

Vieira, M. (1995). Cuidar defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*. Lisboa. **3**: 114-117.

White, G. et al. (2008). Disfagia: causas, avaliação, tratamento e controlo. *Geriatrics*. **24**: 52-60.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - Processo da ECCI**



## Colheita de Dados de Enfermagem

### Utente

Nome:  Data nascimento:

Diagnostico de admissão:  Nº Utente:

Alergias:

### Antecedentes Pessoais


### Habitos

**Tabágicos** ☐ Sim \_\_\_\_\_ Cig./dia  
☐ Não

**Alcoólicos** ☐ Sim  
☐ Não

### Estado de consciência

	Sim	Não
Consciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientado no tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientado no espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonolento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reativo a estímulos verbais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reativo a estímulos dolorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reativo à mobilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Estado Emocional

Calmo	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>
Humor deprimido	<input type="checkbox"/>
Agressivo verbalmente	<input type="checkbox"/>
Agressivo fisicamente	<input type="checkbox"/>
Labilidade Emocional	<input type="checkbox"/>

### Comunicação

Afasia	<input type="checkbox"/>
Disartria	<input type="checkbox"/>
Diminuição da acuidade auditiva	<input type="checkbox"/>
Diminuição da acuidade visual	<input type="checkbox"/>

### Respiração

	Sim	Não
Eupneico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilação não invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

por \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ l/min

### Dor

Sem dor ☐

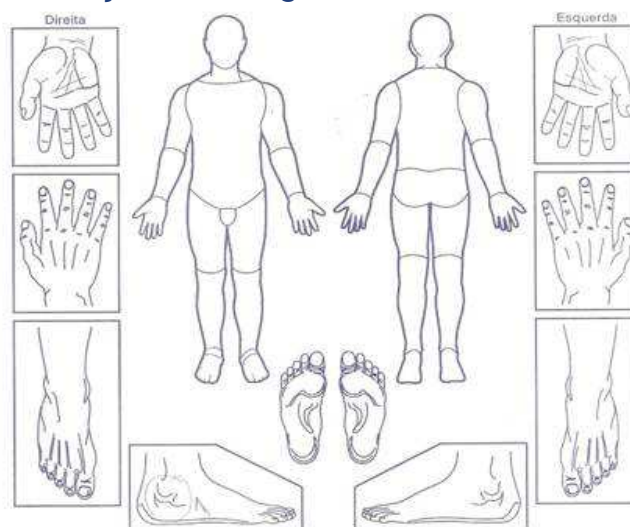
Intensidade

Localização

## Pele e mucosas

	Sim	Não	
Pele Hidratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Edemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mucosas Coradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

## Alteração da Integridade Cutânea



## Alimentação

Independente	<input type="checkbox"/>
Ajuda Parcial	<input type="checkbox"/>
Ajuda Total	<input type="checkbox"/>
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> N° Col. a ____/____/____
Prótese dentária	<input type="checkbox"/>
Dieta	<input type="text"/>

## Mobilidade

Independente	<input type="checkbox"/>	
Deambula com ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Acamado	<input type="checkbox"/>	Faz levante <input type="checkbox"/>
Hemiparesia direita	<input type="checkbox"/>	
Hemiparesia esquerda	<input type="checkbox"/>	
Hemiplegia direita	<input type="checkbox"/>	
Hemiplegia esquerda	<input type="checkbox"/>	

## Eliminação Vesical

Independente	<input type="checkbox"/>
Ajuda Parcial	<input type="checkbox"/>
Ajuda Total	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
Fralda	<input type="checkbox"/>
Pen Rose	<input type="checkbox"/>
Drenagem vesical	<input type="checkbox"/> Tipo _____ n° _____ colocada a ____/____/____

## Eliminação Intestinal

Independente	<input type="checkbox"/>
Ajuda Parcial	<input type="checkbox"/>
Ajuda Total	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
Fralda	<input type="checkbox"/>
Obstipação	<input type="checkbox"/> ult. dejeção ____/____/____
Colostomia	<input type="checkbox"/> Saco e placa n° _____

## Higiene Pessoal

Independente	<input type="checkbox"/>
Ajuda Parcial	<input type="checkbox"/>
Ajuda Total	<input type="checkbox"/>

## Sono e Repouso

Alteração do Sono	<input type="checkbox"/>
Medicação	<input type="checkbox"/>
Hábitos	<input type="text"/>





Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI		1ª	2ª	3ª
Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)		Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Pontuação	Data	Data	Data
Capacidade para usar o telefone				
1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números...	1			
2. Marca alguns números que conhece bem	1			
3. Atende o telefone mas não marca números	1			
4. Não usa o telefone	0			
Fazer compras				
1. Faz as compras que necessita sozinho	1			
2. Compra sozinho pequenas coisas	0			
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	0			
4. Incapaz de fazer Compras	0			
Preparar refeições				
1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1			
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	0			
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0			
4. Necessita de refeições preparadas e servidas	0			
Lavar a roupa				
1. Lava toda a sua roupa	1			
2. Lava pequenas peças de roupa	1			
3. É incapaz de lavar a sua roupa	0			
Modo de Transporte				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	1			
2. Não usa transportes públicos excepto táxi	1			
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1			
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro.	0			
5. Incapaz de se deslocar	0			
Responsabilidade pela própria medicação				
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas	1			
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros	0			
3. É incapaz de tomar a medicação	0			
Capacidade para lidar com o dinheiro				
1. Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda	1			
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores	1			
3. Incapaz de lidar com o dinheiro	0			
Cuidar da casa				
1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)	1			
2. Realiza tarefas diárias como lavar a loiça ou fazer a cama	1			
3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1			
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1			
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0			
Rúbrica do avaliador				
Total da pontuação				

Máxima Dependência = 0 pontos

Dependência de terceiros = 4 pontos

Independência Total = 8 pontos



Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Índice de KATZ Escala de actividades de vida diária (AVD)	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data	Data	Data
Lavar-se			
1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda			
2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo			
3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou para entrar ou sair do banho			
Vestir-se			
1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda			
2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos			
3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo			
Utilizar a sanita			
1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda			
2. Precisa de ajuda para ir á sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio de noite			
3. Não consegue utilizar a sanita			
Mobilizar-se			
1. Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda			
2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda			
3. Não se levanta da cama			
Ser continente			
1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas			
2. Tem incontinência ocasional			
3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de ajuda			
Alimentar-se			
1. Come sem qualquer ajuda			
2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão			
3. Necessita de ajuda para comer ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda ou por via endovenosa			
Pontuação total			
Rúbrica do avaliador			

Classificação	
6	Independente
7 – 10	Parcialmente Dependente
11 – 17	Dependente
≥ 17	Totalmente Dependente



Nome		
Diagnóstico		Processo Nº

Índice de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	1ª	2ª	3ª
			Avaliação Data	Avaliação Data	Avaliação Data
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e ao copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo	5			
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0			
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar, ou não se lava e seca sozinho	0			
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0			
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5			
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0			
Eliminação intestinal (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita ajuda para administrar supositórios ou enema	5			
	Incontinente	0			
Eliminação vesical (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5			
	Incontinência	0			
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda - para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			
	Dependente	0			
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5			
	Dependente	0			
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0			
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5			
	Dependente	0			
Rúbrica do avaliador					
Soma do índice					

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente



Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Escala de MORSE – Risco de Quedas	1ª	2ª	3ª
	Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Data	Data	Data
AVALIAÇÃO			
1. Antecedentes de quedas			
0 - Não			
25 - Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses)			
2. Diagnóstico Secundário			
0 - Não			
15 - Sim (se mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico)			
3. Apoio para Deambulação			
0 - Sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) / CR / Acamado			
15 - Com ajuda de auxiliar de marcha			
30 - Apoiando-se na mobília			
4. Medicação e/ou Heparina intravenosa			
0 - Não			
20 - Sim			
5 - Marcha			
0 - Normal / CR / Acamado			
10 - Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília			
20 - Défices de marcha- Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)			
6 – Estado Mental			
0 - Consciente das suas limitações			
15 - Não consciente das suas limitações			
Rúbrica do Avaliador			
Total da pontuação			

NÍVEL DE RISCO		
Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo Risco	0 – 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 – 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>= 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

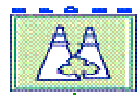


**Escala Braden**  
**Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão**

<b>Data</b>									
<b>Percepção Sensorial</b>									
1 – Completamente Limitada									
2 – Muito Limitada									
3 - Ligeiramente Limitada									
4 – Nenhuma Limitação									
<b>Humidade</b>									
1 – Pele constantemente húmida									
2 – Pele muito húmida									
3 – Pele ocasionalmente húmida									
4 – Pele raramente húmida									
<b>Actividade</b>									
1 – Acamado									
2 – Sentado									
3 – Anda ocasionalmente									
4 – Anda frequentemente									
<b>Mobilidade</b>									
1 – Completamente imobilizado									
2 – Muito limitada									
3 – Ligeiramente limitada									
4 – Nenhuma limitação									
<b>Nutrição</b>									
1 – Muito pobre									
2 – Provavelmente inadequada									
3 – Adequada									
4 - Excelente									
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>									
1 – Problema									
2 – Problema potencial									
3 – Nenhum problema									
<b>Total</b>									
<b>Rúbrica do avaliador</b>									

**Baixo risco  $\geq 17$**

**Risco elevado  $\leq 16$**



No	
----	--

Nº Proc.[illegible]

<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</b>	<b>DATA</b>
--	-------------

ESCALAS:  
**ÍNDICE DE BARTHEL; ESCALA DE BRADEN; ÍNDICE DE KATZ; ESCALA DE LAWTON e BRODY**

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS UTENTE:

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS FAMÍLIA:

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJECTIVOS / METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES</b>	<b>RESP.</b>	<b>CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)</b>

PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP .	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)

<b>PONTOS FORTES:</b>	<b>OBSERVAÇÕES:</b>



ELEMENTOS PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	RUBRICA
	<b>Enfermeiro Especialista Reabilitação</b>	
	<b>Fisioterapeuta</b>	
	<b>Nutricionista</b>	
	<b>Psicóloga</b>	
	<b>Assistente Social</b>	
	<b>Terapeuta Ocupacional</b>	

[illegible]



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Cronograma**

## CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO 2011-2012

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															
Janeiro																															
Fevereiro																															

Feriado

Fim-de-semana

Serviço Pneumologia

Serviço cerebrovascular (fase aguda)

Contexto Comunitário

Elaboração do relatório

FN - Férias do Natal

FC - Férias do Carnaval

## **APÊNDICE II - Locais de visita de serviços de saúde**

VISITAS - LOCAIS	OBJECTIVOS	DATAS	AVALIAÇÃO
<u><b>Serviço Cerebrovascular (agudos)</b></u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as funções do enfermeiro especialista de reabilitação, na reabilitação de pessoas com AVC na fase aguda, através de entrevista com a enfermeira chefe e observação (4h).</li> </ul>	13 de Maio 2011	Permitiu: <ul style="list-style-type: none"> <li>identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação nesta unidade de recuperação de pessoas com AVC em fase aguda.</li> </ul>
<u><b>Centro de Reabilitação</b></u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer as actividades desenvolvidas na área da enfermagem de reabilitação, através de visita aos serviços e entrevista com enfermeira chefe.</li> </ul>	17 de Maio 2011	Permitiu: <ul style="list-style-type: none"> <li>identificar o programa de reabilitação das pessoas após admissão no CMRA;</li> <li>conhecer uma organização estruturada para a reabilitação, readaptação e reinserção das pessoas;</li> <li>perceber articulação com os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.</li> </ul>
<u><b>Centro de Saúde</b></u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista de reabilitação na área da comunidade, através de entrevista;</li> <li>Perceber a articulação entre cuidados hospitalares e de saúde primários, no sentido de privilegiar a continuidade de cuidados.</li> </ul>	23 de Maio de 2011	Identifiquei: <ul style="list-style-type: none"> <li>intervenções do EER na comunidade;</li> <li>articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários;</li> <li>importância da articulação do EER com a pessoa/ cuidador.</li> </ul>



VISITAS - LOCAIS	OBJECTIVOS	DATAS	AVALIAÇÃO
<u><b>Serviço</b></u> <u><b>Pneumologia</b></u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as funções do enfermeiro especialista de reabilitação, na reabilitação de pessoas com alterações respiratórias internadas no serviço, através de entrevista com a enfermeira especialista e observação (2h).</li> </ul>	2 de Junho de 2011	<p><b>Permitiu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação neste serviço de internamento;</li> <li>- perceber através de entrevista o programa de continuidade de cuidados instituído no serviço.</li> </ul>

**APÊNDICE III - Domínios/competências, objectivos,  
estratégias/actividades e critérios de avaliação**

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b></p>	<p>1. Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem assim como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com especial enfoque na articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões/conversas informais com o enfermeiro chefe e com elementos da equipa nomeadamente com enfermeiro orientador;</li> <li>• Pesquisa através da consulta de documentos, nomeadamente: manuais do serviço; protocolos instituídos; documentos de articulação entre serviços e com a comunidade; registos usados pelo EER no serviço; normas e directivas internas e outros, característicos de cada unidade de cuidados;</li> <li>• Consulta de documentos no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço e as características da população e os recursos da comunidade;</li> <li>• Promoção do desenvolvimento da prática especializada na área de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática em termos de dinâmica do serviço;</li> <li>• Demonstra bom relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com os elementos e especificamente com a enfermeira orientadora;</li> <li>• Promove a pesquisa dos instrumentos de avaliação usados no serviço a fim de conseguir desenvolver as melhores práticas;</li> <li>• Demonstra interesse em promover o desenvolvimento da prática especializada.</li> </ul>
<p><b>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p>	<p>2. Aprofundar conhecimentos sobre a problemática da pessoa com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Pesquisa de artigos em bases de dados científicas, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</li> <li>• Visitas a Unidades de internamento de doentes com AVC e a Equipas de Cuidados Continuados Integrados;</li> <li>• Promoção em contexto de trabalho de situações promotoras de aprendizagem na área da especialidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve as fontes da literatura e os instrumentos usados para adquirir conhecimentos na área;</li> <li>• Descreve o papel da família/cuidador, a importância da continuidade de cuidados e as competências do EER na problemática da pessoa com AVC;</li> <li>• Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados;</li> <li>• Favorece a aprendizagem e o desenvolvimento de competências na sua área de especialidade;</li> <li>• Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.</li> </ul>

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p>	<p>3. Identificar as necessidades de intervenção especializada na área da enfermagem de reabilitação, na pessoa com AVC e seu cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programação de visitas ao domicílio na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Realização de colheita de dados e selecção e aplicação de escalas para avaliar as funções da pessoa;</li> <li>• Elaboração de diagnósticos de enfermagem , planos e programas especializados com o propósito de promover as capacidade adaptativas;</li> <li>• Implementação de programas de reeducação funcional com vista a otimizar e/ou reeducar as funções;</li> <li>• Selecção e prescrição de produtos de apoio;</li> <li>• Avaliação dos resultados das intervenções, através de instrumentos de medida para avaliar funções;</li> <li>• Reformulação dos programas instituídos em função dos resultados esperados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolhe informação pertinente e utiliza instrumentos de medida para avaliar as funções;</li> <li>• Identifica os aspectos psicossociais que interferem na transição saúde/doença e ou incapacidade;</li> <li>• Avalia a capacidade funcional da pessoa assim como factores facilitadores e inibidores para realizar as AVD's;</li> <li>• Selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função;</li> <li>• Fundamenta as intervenções seleccionadas;</li> <li>• Elabora e implementa programas de reeducação funcional, visando a adaptação da pessoa e maximização da autonomia;</li> <li>• Aumenta o conhecimento da pessoa e cuidador no sentido de promover a responsabilidade no seu plano de manutenção de saúde;;</li> <li>• Avalia os ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (autonomia e qualidade de vida).</li> </ul>

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p>	<p>4. Promover a utilização dos recursos existentes no contexto comunitário no sentido da reintegração sóciofamiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de colheita de dados através de visita domiciliária, diálogo com os EER que trabalham na unidade de cuidados e pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Elaboração e implementação de programas de treino de AVD's, visando maximização do potencial da pessoa e cuidador;</li> <li>• Promoção da adaptação, acessibilidade e participação social;</li> <li>• Orientação da pessoa e cuidador acerca dos recursos existentes;</li> <li>• Realização de parcerias no sentido de promover a adaptação da pessoa/cuidador ao seu meio comunitário;</li> <li>• Promoção da procura de situações de convivência social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienta e responsabiliza o cuidador para a utilização dos recursos existentes a nível comunitário;</li> <li>• Demonstra conhecimento sobre legislação e normas promotoras da integração social e participação na comunidade;</li> <li>• Realiza treino específico de AVD's e se necessário orienta para a utilização de produtos de apoio;</li> <li>• Ensina e supervisa a utilização dos produtos apoio;</li> <li>• Promove a motivação da pessoa e cuidador para o convívio social;</li> <li>• Promove possíveis alterações relativamente às acessibilidades e orienta para os efeito das barreiras arquitectónicas no contexto da vida da pessoa e na comunidade a que pertence.</li> </ul>
	<p>5. Desenvolver actividades que permitam maximizar as capacidades funcionais potenciando o desempenho pessoal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de programas de treino de funções na área de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Promoção da autonomia da pessoa/cuidador e maximização do seu desempenho;</li> <li>• Avaliação e reformulação dos programadas de acordo com os resultados esperados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamenta os programas no sentido da maximização do potencial da pessoa;</li> <li>• Orienta, ensina e treina a pessoa/família no sentido de maximizar o desempenho, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa;</li> <li>• Promove a saúde e a reabilitação e previne lesões;</li> <li>• Monitoriza os resultados em função dos objectivos e perspectivas futuras da pessoa.</li> </ul>



## **APÊNDICE IV - Locais dos ensinos clínicos**

ENSINO CLÍNICO	JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA	DURAÇÃO	ENFº ORIENTADOR
<u>Centro de Saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma Unidade de Cuidados na Comunidade;</li> <li>• Por querer promover a continuidade de cuidados na área da enfermagem de reabilitação e melhorar a articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários;</li> <li>• Porque a problemática definida é no âmbito do contexto domiciliário.</li> </ul>	De 14 de Novembro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012	EER
<u>Serviço de Pneumologia</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É um serviço que permite complementar o desenvolvimento de competências de EER na área da enfermagem de reabilitação respiratória;</li> <li>• Por ser da área de abrangência do Centro de Saúde;</li> <li>• Por conhecer a realidade do serviço;</li> <li>• Por ter um programa de continuidade de cuidados instituído;</li> <li>• Compreender o processo de transição para a comunidade das pessoas com alterações do foro respiratório.</li> </ul>	De 3 de Outubro a 4 de Novembro de 2011	EER



ENSINO CLÍNICO	JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA	DURAÇÃO	ENFº ORIENTADOR
<p><u>Serviço</u> <u>Cerebrovascular</u> <u>(agudos)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para conhecer a realidade de uma unidade de internamento de pessoas com AVC em fase aguda;</li> <li>• Conhecer a estratégia de articulação deste serviço, com outros serviços de internamento e com os cuidados de saúde primários;</li> <li>• Perceber as intervenções do EER à pessoas com AVC na fase aguda.</li> </ul>	<p>De 4 a 11 de Novembro de 2011</p>	<p><b>EER</b></p>

## **APÊNDICE V - Guião de observação**

# GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

<b>LOCAIS A OBSERVAR</b>	Serviço cerebrovascular (agudos)
<b>QUEM OBSERVAR</b>	Enfermeiro Especialista de Reabilitação
<b>ASPECTOS A OBSERVAR</b>	<p><b><u>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuição dos utentes;</li> <li>• Posicionamento as camas face à zona de trabalho;</li> <li>• Horário das visitas;</li> <li>• Número de visitas por pessoa;</li> <li>• Procedimentos da equipa de enfermagem aquando a admissão do utente.</li> </ul> <p><b><u>DINÂMICA FUNCIONAL DA UNIDADE NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar o percurso de referenciação dos utentes com AVC desde o incidente até ao internamento na Unidade;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos de registo/protocolos no serviço no âmbito da enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Observar a articulação entre EER e a restante equipa multidisciplinar;</li> <li>• Observação da reunião diária multiprofissional e o papel do EER durante este momento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- interacção entre os elementos;</li> <li>- assuntos abordados;</li> <li>- interacção com utente;</li> <li>- contexto/ambiente envolvente (nível de ruído, presença de outras pessoas não envolvidas na reunião);</li> <li>- registos efectuados;</li> <li>- intervenção do EER no decurso da reunião relativo ao plano terapêutico.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>OBSERVAÇÃO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS</u></b></p>

	<div>(TROMBÓLISE                      ENDOVENOSA                      E</div> <div><u>ENDOVASCULAR</u></div>
<p><b>ASPECTOS A OBSERVAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os profissionais intervenientes?</li> <li>• Qual o desempenho de cada um?</li> <li>• Como é realizada a abordagem ao utente?</li> <li>• Há envolvimento de familiar nesta fase?</li> <li>• Qual o registo efectuado e por quem?</li> </ul>
	<p><b><u>FUNÇÕES/PAPEL DO EER NA EQUIPA DA UCV</u></b></p>
	<p><b><u>Observação da abordagem do EER ao utente</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No primeiro contacto qual o grau de proximidade?</li> <li>• Chama o utente pelo nome pelo qual gosta de ser tratado?</li> <li>• Existe toque? de que natureza?</li> <li>• Qual o tom de voz? Sobre o que falam? A conversação é pública ou privada?</li> </ul>
	<p><b><u>Observação das intervenções do EER</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona ambiente harmonioso e de relaxamento?</li> <li>• Como interage com a pessoa durante a intervenção? Dá conhecimento dos procedimentos a realizar? Valida a receptividade</li> <li>• Mantém um diálogo durante o momento da intervenção?</li> <li>• Fornece informação/formação durante as intervenções? Valida os momentos formativos?</li> <li>• Envolve o familiar/cuidador nestes momentos?</li> <li>• Incentiva o utente durante os procedimentos;</li> <li>• Qual o equipamento auxiliar de posicionamento/mobilizações que utiliza?</li> <li>• Envolve/forma a equipa preconizando a continuidade de cuidados do EER? Como? Com sessões formativas? Observação directa?</li> </ul> <p><b><u>Observação dos registos efectuados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza escalas de avaliação? E instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade? Com que periodicidade?</li> <li>• Como é realizado o registo das intervenções do</li> </ul>

<p><b>ASPECTOS A OBSERVAR</b></p>	<p>EER? Está incluída no processo do utente?</p> <p><b><u>Observação da articulação entre o EER do serviço e o EER/equipa de enfermagem dos outros contextos de cuidados (internamento/domicílio/comunidade)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É praticável ou não?</li> <li>• Existe instrumento de registo para a continuidade dos cuidados? Como é realizado o contacto? por escrito? por telefone? via email? por familiar/cuidador?</li> </ul>
-----------------------------------	--

(Elaborado pela enfermeira Susete Amaro e [REDACTED], no âmbito do 2ºCurso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação), segundo o autor:  
Lopes, Manuel J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica- Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau, Coimbra.

**APÊNDICE VI - Instrumento de registo de enfermagem de  
reabilitação**



Identificação (vinheta):	Data Internamento: ____ / ____ / 20__
	Data Alta: ____ / ____ / 20__
	Diagnostico:

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino (0) <input type="checkbox"/> Masculino (1) Idade: <input type="checkbox"/> ≥80 anos (0) <input type="checkbox"/> 65 a 79 anos (1) <input type="checkbox"/> 50 a 64 anos (2) <input type="checkbox"/> 18 a 49 anos (3)			BIO	Score Idade ____ Score Sexo ____	
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma Em que ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que mês estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Quantos são hoje (dia do mês)? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que estação do ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Que dia da semana é hoje? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Tempo	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 – 3 Orientado no tempo	PSICO	Score Estado Cognitivo (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
Como se chama o nosso país? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que distrito vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que terra vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Como se chama esta casa? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que andar/serviço estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Espaço	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 – 3 Orientado no espaço		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> viúvo/separado/solteiro (0) <input type="checkbox"/> casado / união de facto (3) Onde vive: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outro _____ N.º de coabitantes: <input type="checkbox"/> vive só (0) <input type="checkbox"/> vive com outros(3) Cuidador(es): _____ Tempo em que está só nas 24h: <input type="checkbox"/> 8 ou mais horas (0) <input type="checkbox"/> menos de 8 horas (3) Ter com quem desabafar/ter confidente: <input type="checkbox"/> não tem confidente (0) <input type="checkbox"/> tem confidente (3)		Isolamento Social	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mto isolado <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 isolado <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 pouco isolado <input type="checkbox"/> 3 – 3 não isolado	SOCIAL	Score Estado Social (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0 anos/analfabeto (0) <input type="checkbox"/> 1 a 6 anos (1) <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos (2) <input type="checkbox"/> 13 ou + anos (3) Profissão: _____ <input type="checkbox"/> não qualificado (0) <input type="checkbox"/> qualificado(1) <input type="checkbox"/> intermédio(2) <input type="checkbox"/> especialista (3)		Habilidades Literárias	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 baixas <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom		
<b>HÁBITOS</b> Actividade Física/semana (andar a pé na rua/ ginástica ou desporto/ outra actividade física): <input type="checkbox"/> 0 horas (0) <input type="checkbox"/> < 2 horas (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 horas (2) <input type="checkbox"/> > 4 horas (3) Nº de Refeições/dia: _____ <input type="checkbox"/> 0 – 2 (0) <input type="checkbox"/> > 6 (1) <input type="checkbox"/> 3 (2) <input type="checkbox"/> 4 – 6 (3)				SOCIAL	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
<b>QUEIXAS DE SAÚDE</b> Visão <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Audição <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Gastro-intestinais <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Outras _____ Músculo-esquel. _____ Pele <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Com lesões _____ Risco UPP (escala Braden) _____ Outras queixas _____					

AUTONOMIA FÍSICA		Admissão		Alta
<i>Lavar-se/tomar banho</i> (entrar/sair, estar, lavar-se)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)			
<i>Vestir-se/despir-se</i> (escolher, preparar, vestir)				
<i>Usar a sanita e/ou bacio/urinal</i> (usar, limpar-se, roupa, despejar)				
<i>Deitar-se/levantar-se da cama</i> (mover-se, transferir-se, andar)				
<i>Sentar-se/levantar-se de cadeiras</i> (mover-se, transferir-se, andar)				
<i>Controlar a urina</i>				
<i>Controlar as fezes</i>				
<i>Alimentar-se/comer</i> (servir-se, preparar alimentos, comer)				
<i>Autonomia Física e meios para visão e audição</i>	meios (2) independente (3)			
<u>Score Autonomia Física</u> (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autônomo; 3 -3 independente				
<i>Tolerância ao esforço (Mets) / Prova da caminhada dos 6 minutos</i>				



AUTONOMIA INSTRUMENTAL		ADMISSÃO (antes da crise)
Usar o telefone (marcar n.ºs, atender)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)	
Fazer compras (todas as compras necessárias)		
Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)		
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)		
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)		
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos/taxi/carro, conduzir)		
Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)		
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)		
Autonomia instrumental e meios para visão e audição	meios (2) independente (3)	
Score Autonomia Instrumental (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 -3 independente		

CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO					
D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho					
Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA
Reconhecimento da dispneia (considera que a sua dispneia está relacionada com a sua doença? / como faz quando tem falta de ar?)			Oxigenoterapia		
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia		
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa		
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações		
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)			Técnicas de relaxamento		

ADESÃO AOS TRATAMENTOS      Score (Σ ÷ 7): _____	<input type="checkbox"/> Inaloterapia  e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) <input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz) <input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)		Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?								
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?								
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?								
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?								
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?								
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?								
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?								

PROJECTO DE VIDA (o que a pessoa deseja continuar a fazer com as suas limitações)	
---	--

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROJECTO “Cuidar em Proximidade”

- ✓ Estado cognitivo satisfatório ou bom;
- ✓ O doente e/ ou cuidador informal demonstra interesse e vontade de mudar hábitos;
- ✓ O doente escolhe ser acompanhado pelo programa.



**APÊNDICE VII - Instrumento de registo de enfermagem de  
reabilitação**

## ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<b>Identificação:</b>	Pessoa de Referência:	Contacto:
	Unidade de Saúde da Área de Residência:	Contacto:
	Enfermeiro de Referência:	Contacto:
	Médico de Família:	Contacto:
	Data de Internamento:	
	Data de Alta:	

**História Actual:** (Motivo de internamento, Antecedentes Pessoais, Exames complementares de diagnóstico)

<b>Consciência:</b>	<b>Pupila:</b> Direita (+/-) _____ Tamanho _____
<b>Escala de Glasgow</b> – Score: _____	Esquerda (+/-) _____ Tamanho _____
<b>Orientação:</b> (Espaço, Pessoa, Tempo)	
<b>Memória:</b> (Longo e Curto Prazo, Amnésia)	
<b>Cognição:</b> (Afasia de expressão, Compreensão, Global, Disartria e Alexia)	

**Ventilação:** (Inspeção, Palpação, Auscultação, Limpeza das vias aéreas, Características da respiração, Secreções)

Freq. Respiratória: _____ c/min	Aporte de O <sub>2</sub> : _____ l/min	Tipo: _____
TA: _____ / _____ mmHg	FC/pulso: _____ p/min	T. Timp: _____ °C
Dor (Escala numérica, 0-10), Grau: _____	Dispneia: Escala de Borg _____	
GSA: PH _____ PCO <sub>2</sub> _____ PO <sub>2</sub> _____ HCO <sub>3</sub> – _____ SATO <sub>2</sub> _____ GLU _____		

<b>Tegumentos:</b> (Estado da pele, feridas e escaras)	<b>Escala de Braden</b> (pontuação): _____
--	--

<b>Equilíbrio:</b> (Estático e Dinâmico)	
<b>Coordenação de Movimentos:</b> (Oponência do polegar, Alternância plantar, Prova dedo no nariz, Flexão e Extensão túbio-tarsica, Prova calcanhar ao joelho, Prova de Romberg)	
<b>Sensibilidade:</b> (Térmica, Dolorosa, Táctil, Postural)	
<b>Mobilização:</b> Escala de Lower (0/5-5/5): _____	<b>Tónus Muscular:</b> Classificação de Ashwort (I-V): _____
<b>Actividades de vida Diária:</b> _____	
<b>Índice de Barthel:</b> _____	

Data Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data Fim
	- Respiração Comprometida	
	- Ventilação Comprometida	
	- Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz	

Data Início	Intervenções de Enfermagem (Sublinhar o que interessa)	Data Fim
	- Executar: Posição de Descanso e Relaxamento	
	- Assistir: no Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios	
	- Assistir/ Treinar: Técnicas Respiratórias (Respiração diafragmática/ênfase na inspiração/expiração)	
	- Assistir: Técnicas Respiratórias (Reeducação Global e Selectiva)	
	- Treinar Terapêutica de Posição	
	- Assistir: Técnicas Respiratórias (Drenagem Postural Modificada/ Direita/Esquerda Lobo Superior/Lobo médio/lobo Inferior/Lingula)	
	- Assistir: Manobras Acessórias	
	- Treinar: Tosse (assistida/Dirigida)	
	- Assistir: Na Aspiração de secreções	
	- Treinar: Técnicas Respiratórias (CATR)	
	- Treinar: Correção Postural	
	- Assistir: Na mobilização Passiva/Activa – Assistida /Activa – Resistida	
	- Treinar: Exercícios de Ponte	
	- Treinar: Exercícios de Equilíbrio Postural Estático/ Dinâmico	
	- Treinar: Transferência/ Levante	
	- Treinar: Marcha	
	- Treinar: AVD'S	
	- Assistir: VNI	
<b>Observações:</b>		

**Data:**        /        /

**Assinatura:**

**APÊNDICE VIII - Instrumento de registo de enfermagem de  
reabilitação**

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

## INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### 1. AVALIAÇÃO MOTORA

Estado de consciência	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____
-----------------------	---	---	---

Avaliação Pupilar		/	/	/	/
OD	Forma				
	Tamanho				
	Reacção				
OE	Forma				
	Tamanho				
	Reacção				
<b>Forma:</b> redonda (R)   disforme (D)   opaca (O) <b>Tamanho:</b> Normal (N) 1,5-6mm <b>Midríase (+)</b> 6-8mm <b>Miose (-)</b> 1-2mm <b>Reacção:</b> reactiva (+)   não reactiva (-)   hiporreactiva (±)					

Avaliação dos pares craneanos	/	/	/	/
<b>I-Olfactivo</b> (rinorraquia; anosmia)				
<b>II-Óptico</b> (acuidade visual ;campos visuais)				
<b>III-Oculomotor comum</b> (miose; elevação da pálpebra; elevação; abaixamento e adução do olho)				
<b>IV-Patético</b> (rotação do olho)				
<b>VI-Motor Ocular Externo</b> (abdução do olho)				
<b>V- Trigémio</b> (sensibilidade da face e mastigação)				
<b>VII-Facial</b> (simetria, paladar e saliva)				
<b>VIII-Acústico</b> (Audição e equilíbrio)				
<b>IX-Glossofaríngeo</b> (paladar 1/3 posterior da língua)				
<b>X-Vago</b> (reflexo do vômito; alterações do tom de voz/rouquidão)				
<b>XI-Espinhal</b> (movimentos do esternocleidomastoideu e trapézio)				
<b>XII-Hipoglosso</b> (movimentos da língua)				

Avaliação da Sensibilidade												
	Membro Superior						Membro Inferior					
	Dtº			Esqº			Dtº			Esqº		
Dolorosa												
Térmica												
Táctil												
Postural												
<b>Data</b>												

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

Avaliação do Equilíbrio						
	Estático			Dinâmico		
Sentado						
Em pé						
<b>Data</b>						

Legenda: N - Normal / D - Diminuído / A – Ausente

**Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular**

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
<b>Data de avaliação</b>									
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>									

<p>Legenda:</p> <p align="center"><b>Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower</b></p> <p><b>0/5</b> - Não há contracção muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade</p> <p><b>1/5</b> - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover</p> <p><b>2/5</b> - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade</p> <p><b>3/5</b> - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência</p> <p><b>4/5</b> - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade</p> <p><b>5/5</b> - Movimento normal contra a gravidade e resistência</p>	<p>Legenda:</p> <p align="center"><b>Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth</b></p> <p><b>H</b> - Hipotonia</p> <p><b>Grau 0</b> - Tónus normal dificultado</p> <p><b>Grau 1</b> - Hipertonia leve - pequena contracção quando se move o membro</p> <p><b>Grau 2</b> - Hipertonia branda - Move-se facilmente o membro</p> <p><b>Grau 3</b> - Hipertonia moderada - movimento passivo do membro</p> <p><b>Grau 4</b> - Hipertonia intensa/severa</p>
---	---

## Programa de Reabilitação Funcional Motora

### Mobilizações

	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
Articulações	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº
Flexão/extensão da escapulo-umeral										
Abdução/adução da escapulo-umeral										
Rotação interna/externa da escapulo-umeral										
Flexão/extensão do cotovelo										
Rotação interna/externa do antebraço										
Desvio radial e cubital do punho										
Flexão/extensão dos dedos da mão										
Abdução/adução dos dedos da mão										
Oponência dos dedos da mão										
Flexão/extensão da coxo-femural										
Abdução/adução da coxo-femural										
Rotação interna/externa da coxo-femural										
Flexão/extensão do joelho										
Flexão/extensão da tibiotársica										
Rotação interna/externa da tibiotársica										
Inversão/eversão do pé										
Flexão/extensão do pé										
Rotação interna/externa do pé										
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>										

Legenda: **P** - Passivas / **A** - Activas / **AA** - Activas Assistidas / **AR** - Activas Resistidas / **AM** - Auto-mobilizações

Actividades Terapêuticas  
Formação/ Informação

Data										
Rolar										
Ponte										
Carga com o cotovelo										
Carga com a mão										
Facilitação cruzada										
Auto-mobilizações com as mãos										
Treino de motricidade fina										
Levante/transferência										
Equilíbrio sentado										
"Push-up" na cadeira de rodas										
Equilíbrio em pé										
Treino de marcha										
Treino de escadas										
Treino AVD'S										
Gestão Regime Terapêutico (medicamentoso/não medicamentoso)										
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>										



## 2-AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_\_ bpm FR\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub> - \_\_\_\_% Data\_\_\_\_ Rúb\_\_\_\_

TA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_\_ bpm FR\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub> - \_\_\_\_% Data\_\_\_\_ Rúb\_\_\_\_

TA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_\_ bpm FR\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub> - \_\_\_\_% Data\_\_\_\_ Rúb\_\_\_\_

### Auscultação Pulmonar Data\_\_\_\_

- Murmúrio - Ruídos

☐ Mantido ☐ Roncos ☐

☐ Diminuído ☐ Sibilos ☐

☐ Ausente ☐ Fervores ☐

### Auscultação Pulmonar Data\_\_\_\_

- Murmúrio - Ruídos

☐ Mantido ☐ Roncos ☐

☐ Diminuído ☐ Sibilos ☐

☐ Ausente ☐ Fervores ☐

### Auscultação Pulmonar Data\_\_\_\_

- Murmúrio - Ruidos

☐ Mantido ☐ Roncos ☐

☐ Diminuído ☐ Sibilos ☐

☐ Ausente ☐ Fervores ☐

### Observações

---



---



---



---

Memorando:

- Amplitude respiratória; Dispneia (escala de Borg- ANEXO I); Uso musculatura acessória (abdominais, intercostais, supracostais); - Deformidades torácicas (escoliose, cifose, em tonel, em quilha); Tosse (produtiva, seca, eficaz e ineficaz); Secreções (Mucopurulenta, Hemoptóica, espessas, fluidas, escassas, moderadas, abundantes).

## Programa de Reabilitação Funcional Respiratória

	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Reeducação diafragmática (global,anterior,posterior,hemicúpula dta e esq)					
Reeducação costal selectiva					
Reeducação costal global					
Drenagem postural					
Drenagem postural modificada					
Manobras acessórias					
CATR					
Tosse assistida					
Tosse dirigida					
Aspiração de secreções					
Atmosfera húmida/ Hidratação/Aerossoloterapia					
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>					

Instrumento de registo elaborado por: Enfª Susete Amaro e  
Orientado por: EER \_\_\_\_\_, 2011

no âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

## ESCALAS (ANEXO I)

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4(O)
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nula	1
Resposta Verbal	Orientado	5(V)
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nula	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6(M)
	Localiza à dor	5
	Foge à dor	4
	Flexão anormal	3
	Responde em extensão	2
	Nula	1
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15		

Escala Modificada de Borg	
0	Nenhuma
0,5	Muito, Muito Leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, Muito Forte
10	Máxima

## **APÊNDICE IX - Escalas e instrumentos de avaliação**



Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

### Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

	Pontuação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
		Data	Data	Data
<b>Capacidade para usar o telefone</b>				
1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números...	1			
2. Marca alguns números que conhece bem	1			
3. Atende o telefone mas não marca números	1			
4. Não usa o telefone	0			
<b>Fazer compras</b>				
1. Faz as compras que necessita sozinho	1			
2. Compra sozinho pequenas coisas	0			
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	0			
4. Incapaz de fazer Compras	0			
<b>Preparar refeições</b>				
1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1			
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	0			
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0			
4. Necessita de refeições preparadas e servidas	0			
<b>Lavar a roupa</b>				
1. Lava toda a sua roupa	1			
2. Lava pequenas peças de roupa	1			
3. É incapaz de lavar a sua roupa	0			
<b>Modo de Transporte</b>				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	1			
2. Não usa transportes públicos excepto táxi	1			
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1			
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro.	0			
5. Incapaz de se deslocar	0			
<b>Responsabilidade pela própria medicação</b>				
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas	1			
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros	0			
3. É incapaz de tomar a medicação	0			
<b>Capacidade para lidar com o dinheiro</b>				
1. Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda	1			
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores	1			
3. Incapaz de lidar com o dinheiro	0			
<b>Cuidar da casa</b>				
1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)	1			
2. Realiza tarefas diárias como lavar a loiça ou fazer a cama	1			
3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1			
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1			
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0			
Rúbrica do avaliador				
Total da pontuação				

Máxima Dependência = 0 pontos

Dependência de terceiros = 4 pontos

Independência Total = 8 pontos



Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Índice de KATZ Escala de actividades de vida diária (AVD)	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data	Data	Data
Lavar-se			
1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda			
2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo			
3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou para entrar ou sair do banho			
Vestir-se			
1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda			
2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos			
3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo			
Utilizar a sanita			
1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda			
2. Precisa de ajuda para ir á sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio de noite			
3. Não consegue utilizar a sanita			
Mobilizar-se			
1. Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda			
2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda			
3. Não se levanta da cama			
Ser continente			
1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas			
2. Tem incontinência ocasional			
3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de ajuda			
Alimentar-se			
1. Come sem qualquer ajuda			
2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão			
3. Necessita de ajuda para comer ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda ou por via endovenosa			
Pontuação total			
Rúbrica do avaliador			

Classificação	
6	Independente
7 – 10	Parcialmente Dependente
11 – 17	Dependente
≥ 17	Totalmente Dependente



Nome		
Diagnóstico		Processo Nº

Índice de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	1ª	2ª	3ª
			Avaliação Data	Avaliação Data	Avaliação Data
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e ao copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo	5			
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0			
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar, ou não se lava e seca sozinho	0			
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0			
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5			
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0			
Eliminação intestinal (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita ajuda para administrar supositórios ou enema	5			
	Incontinente	0			
Eliminação vesical (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5			
	Incontinência	0			
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda - para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			
	Dependente	0			
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5			
	Dependente	0			
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0			
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5			
	Dependente	0			
Rúbrica do avaliador					
Soma do índice					

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente



Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Escala de MORSE – Risco de Quedas	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data	Data	Data
<b>AVALIAÇÃO</b>			
<b>1. Antecedentes de quedas</b>			
0 - Não			
25 - Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses)			
<b>2. Diagnóstico Secundário</b>			
0 - Não			
15 - Sim (se mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico)			
<b>3. Apoio para Deambulação</b>			
0 - Sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) / CR / Acamado			
15 - Com ajuda de auxiliar de marcha			
30 - Apoiando-se na mobília			
<b>4. Medicação e/ou Heparina intravenosa</b>			
0 - Não			
20 - Sim			
<b>5 - Marcha</b>			
0 - Normal / CR / Acamado			
10 - Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília			
20 - Défices de marcha- Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)			
<b>6 – Estado Mental</b>			
0 - Consciente das suas limitações			
15 - Não consciente das suas limitações			
<b>Rúbrica do Avaliador</b>			
<b>Total da pontuação</b>			

NÍVEL DE RISCO		
Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo Risco	0 – 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 – 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>= 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas



Nome									
Diagnóstico							Processo Nº		

**Escala Braden**  
Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão

Data									
Percepção Sensorial									
1 – Completamente Limitada									
2 – Muito Limitada									
3 - Ligeiramente Limitada									
4 – Nenhuma Limitação									
Humidade									
1 – Pele constantemente húmida									
2 – Pele muito húmida									
3 – Pele ocasionalmente húmida									
4 – Pele raramente húmida									
Actividade									
1 – Acamado									
2 – Sentado									
3 – Anda ocasionalmente									
4 – Anda frequentemente									
Mobilidade									
1 – Completamente imobilizado									
2 – Muito limitada									
3 – Ligeiramente limitada									
4 – Nenhuma limitação									
Nutrição									
1 – Muito pobre									
2 – Provavelmente inadequada									
3 – Adequada									
4 - Excelente									
Fricção e forças de deslizamento									
1 – Problema									
2 – Problema potencial									
3 – Nenhum problema									
Total									
Rúbrica do avaliador									

Baixo risco ≥ 17

Risco elevado ≤ 16



## **APÊNDICE X - Plano individual de intervenção**

<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</b>	<b>DATA</b>
--	-------------

ESCALAS:  
**ÍNDICE DE BARTHEL; ESCALA DE BRADEN; ÍNDICE DE KATZ; ESCALA DE LAWTON e BRODY**

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS UTENTE:

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS FAMÍLIA:

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJECTIVOS / METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES</b>	<b>RESP.</b>	<b>CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)</b>

PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP .	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)

PONTOS FORTES:	OBSERVAÇÕES:

ELEMENTOS PARTICIPANTES		
NOME	FUNÇÃO	RUBRICA
	<b>Enfermeiro Especialista Reabilitação</b>	
	<b>Fisioterapeuta</b>	
	<b>Nutricionista</b>	
	<b>Psicóloga</b>	
	<b>Assistente Social</b>	
	<b>Terapeuta Ocupacional</b>	

## **APÊNDICE XI - Registo de evolução de feridas**

### REGISTO DE EVOLUÇÃO DE FERIDAS

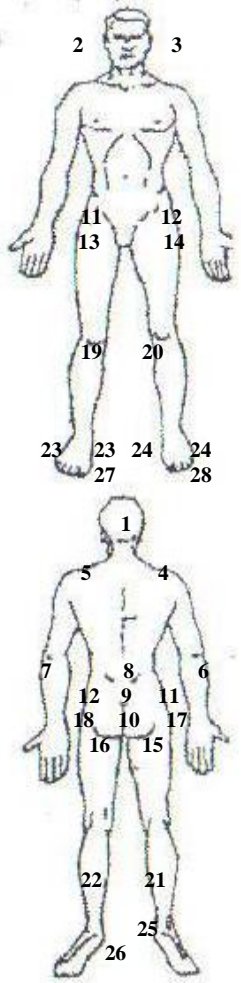
<b>NOME:</b> <b>IDADE:</b> <b>DIAGNÓSTICO:</b>
--

<b>TIPO DE FERIDA</b>	Pressão.....
	Vascular.....
	Diabética.....
	Cirúrgica.....

[illegible]

**LEGENDA:**

- 1-Occipital
- 2-Orelha Direita
- 3-Orelha esquerda
- 4-Omoplata direita
- 5-Omoplata esquerda
- 6-Cotovelo direito
- 7-Cotovelo esquerdo
- 8-Coluna Vertebral
- 9-Sacro
- 10-Cóccix
- 11-Crista ilíaca dir.
- 12-Crista ilíaca esq.
- 13-Trocâner direito.
- 14-Trocâner esq.
- 15-Reg.isquiática dir.
- 16-Reg.isquiática esq.
- 17-Anca direita
- 18-Anca esquerda
- 19-Joelho direito
- 20-Joelho esquerdo
- 21-1/3 inf. perna dir.
- 22-1/3 inf. perna esq.
- 23-Maléolo direito
- 24-Maléolo esquerdo
- 25-Calcâneo direito
- 26-Calcâneo esquerdo
- 27-Dedos do pé dir.
- 28-Dedos do pé esq.



### Ferida de Pressão - Grau:

- I** – Eritema não branqueável em pele intacta  
**II** – Perda parcial da integridade da pele (úlceras superficiais, pode apresentar-se como abrasão ou flictena)  
**III** – Perda da espessura total da pele (úlceras superficiais, pode envolver necrose do tecido subcutâneo)  
**IV** – Extensa destruição do tecido (úlceras profundas ou necrose)

Elaborado por Susete Amaro, aluna do  
C.M.E.A.E.E.R., orientada pela E.E.R.

## **APÊNDICE XII - Indicadores de avaliação da ECCI**

## INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ECCI

Indicador		2011	
Referência	Designação	Meta	Atingido
1	Percentagem de pessoas em CCI com visita domiciliária realizada em 24 horas após referenciação	100%	100%
2	Taxa de utilização em VD	15%	27,3%
3	Percentagem de pessoas dependentes avaliadas com escala de risco de UP no âmbito da VD da UCC (Escala de Braden)	100%	100%
4	Percentagem de utentes referenciados para RNCCI/Unidades de internamento	30%	12%

Propõe-se para 2012 a criação dos seguintes indicadores, para além dos apresentados em 2011:

Indicador		2012	
Referência	Designação	Meta	Atingido
1	Percentagem de utentes que desenvolveram UP em ECCI	24%	
2	Taxa de óbito	n/d	
3	Taxa de Alta	50%	
4	Taxa de agudizações	24%	
5	Percentagem de utilizadores de ECCI satisfeitos com cuidados prestados	80%	

Elaborado por: Enfª Susete Amaro, no âmbito do 2º Curso de mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, com orientação da enfª coordenadora da UCC e da ECCI, onde desenvolveu ensino clínico.



**APÊNDICE XIII - Sessão de educação para a saúde – A nossa  
postura para prevenir lesões músculo-esqueléticas**

## **Título:** Um cuidador cuidado – “Ai as minhas costas!”

**Data:** 14 de Janeiro de 2012

**Hora:** 10h 30

**Local:** Centro de Saúde

### **Formadores:**

Mestranda em Enfermagem de Reabilitação Enfermeira Susete Amaro;

### **Objectivo Geral:**

Aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência.

### **Meta:**

Espera-se que 30% dos cuidadores familiares demonstrem a adopção de uma postura biomecanicamente adequada na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência.

### **Objectivos específicos:**

1. Identificar pelo menos dois factores de risco de LME na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência;
2. Identificar pelo menos duas medidas protectoras de LME;
3. Demonstrar pelo menos duas medidas protectoras de LME.

### **Indicadores de processo:**

Realização da sessão;

N.º de CF presentes/ n.º total de CF ;

N.º de factores de risco identificado pelo grupo/ n.º total de factores de risco apresentados.

N.º de CF presentes que enunciam uma medida protectora de biomecânica/ n.º de CF presentes.

N.º de CF presentes que demonstram uma medida protectora de biomecânica/ n.º de CF presentes.

**Plano da Sessão:**

<b>Temática</b>	<b>Formador</b>	<b>Método</b>	<b>MAV</b>	<b>Tempo</b>
1. Introdução Apresentação do projecto; da actividade  Apresentação dos elementos do grupo		Expositivo/ Participativo	Powerpoint	10 min
2. Desenvolvimento 2.1. Definição de LME; 2.2. Factores de risco para a LME; 2.3. Medidas protectoras de LME.	Susete Amaro	Expositivo/ Demonstrativo	Cama, cadeirão, powerpoint, Cuidadores Familiares	20 min
3. Avaliação 3.1. Realização de exercícios: a) puxar para cima; b) puxar para si; c) rolar; d) transferência cama/ cadeirão;	Todos	Participativo	Cama, cadeirão, Grupos de 3 Cuidadores Familiares, lençóis, Grelha de observação	30 min

e) transferência cadeirão/ cama.				
4. Conclusão 4.1. Entrega de portfólio		Expositivo	<i>Powerpoint, portfólio</i>	5 min

**Grelha de avaliação da acção de educação para a saúde:**

Objectivo específico 1:

Factores de risco identificados pelos CF para a ocorrência de LME:

Movimentos repetitivos	
Posturas penosas	
Períodos de recuperação insuficientes	
Esforços excessivos	
Factores do indivíduo	

Objectivo específico 2:

Identificação de medidas protectoras de LME:

Flexão dos joelhos	
Base alargada	
Tronco direito	
Puxar em vez de empurrar	
Corpo do doente junto ao do CF	
Uso de resguardo	

### Objetivo específico 3:

Presença do comportamento desejado para prevenção da LME:

[illegible]

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**ELABORADO POR:**  
**ENFERMEIRA SUSETTE AMARO**  
**(ALUNA DO C.M.E.A.E.E.R.)**

**ORIENTADO POR:**  
**ENFERMEIRA ESPECIALISTA**  
**EM REABILITAÇÃO, M.L.R.**

ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



**"Ai as minhas costas!"**

A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR  
LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



## Objectivo Geral:

- Aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência.

## Objectivos específicos:

- Identificar pelo menos dois factores de risco de LME na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência;
- Identificar pelo menos duas medidas protectoras de LME;
- Demonstrar pelo menos duas medidas protectoras de LME.

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



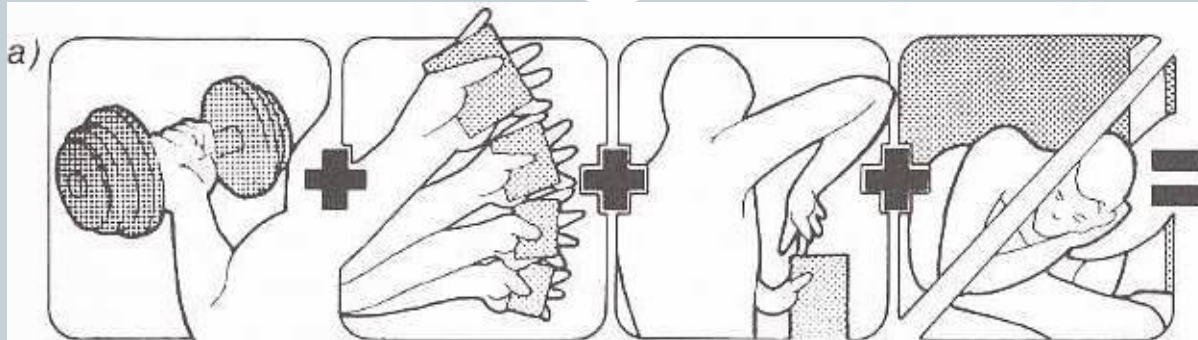
- inclui um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do aparelho esquelético;
- resultam da acção de factores de risco como acções repetitivas, sobrecarga e/ou posições adoptadas durante o trabalho a desenvolver com o utente.

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**os factores de risco?**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Força**  
**Postura**  
**Acções repetidas**  
**Duração**  
**Falta de períodos de repouso**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



## **Factores próprios do indivíduo:**

**Idade;**

**Sexo;**

**Altura;**

**Peso/Altura;**

**Estado de Saúde; ...**

**Movimentos  
Repetitivos**

**Períodos de  
Recuperação  
Insuficientes**

**Posturas  
Penosas**

**Esforços  
Excessivos**

**Carga Física**

**Risco potencial de lesão  
músculo - esquelética**



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**→ Elevado risco de lombalgia na realização de transferências de doentes da cama para a cadeira de rodas/cadeirão e nos posicionamentos na cama;**

**→ O maior risco está associado às transferências realizadas por uma só pessoa.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



## **Regiões anatômicas**

**Cervical – 38,5%**

**Dorsal – 10%**

**Lombar – 39%**

**Membros superiores – 10%**



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Os sintomas como se manifestam?**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



- **Dor, a maior parte das vezes localizada, mas que pode irradiar para área corporais;**
- **Sensação de dormência ou de “formigueiro” na área afectada ou em área próxima;**
- **Sensação de peso;**
- **Fadiga ou desconforto localizado;**
- **Sensação de perda ou mesmo perda de força.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



## **MECÂNICA CORPORAL**

- **Criar hábitos pessoais de postura e movimento apropriados do corpo;**
- **Providenciar para que o doente tenha uma posição que lhe proporcione conforto e bem estar.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Podemos evitar esforços desnecessários que podem ser prejudiciais, optando por uma posição mais correcta;**

**Ex: Fazemos menos esforço quando mantemos um objecto pesado flexionando primeiro os joelhos do que dobrando o corpo pela cintura.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Ex.: Ao ajudar o doente a movimentar-se o cuidador deve afastar os pés e flectir os joelhos, em vez de inclinar o corpo assim obterá uma posição mais estável e maior equilíbrio.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Ex: O cuidador deve mudar frequentemente de posição ao executar as suas tarefas para evitar a fadiga, evitando-se o movimento repetitivo do mesmo músculo.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Ex: Ao transportar um peso junto do nosso corpo ao invés de longe dele o esforço é menor. Assim ao posicionar o doente é mais fácil se o cuidador levantar o corpo o mais perto possível do seu.**

**Nunca esquecendo a importância da utilização do resguardo.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Puxar ou fazer deslizar requer menos esforço do que levantar.**

**Ex: O cuidador deve baixar a cabeceira da cama e levantar ligeiramente o plano inferior da cama do doente, antes de o mobilizar fazendo menos esforço.**



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**O cuidador deve usar o próprio peso para contrabalançar o peso do doente, assim há um menor gasto de energia no movimento.**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



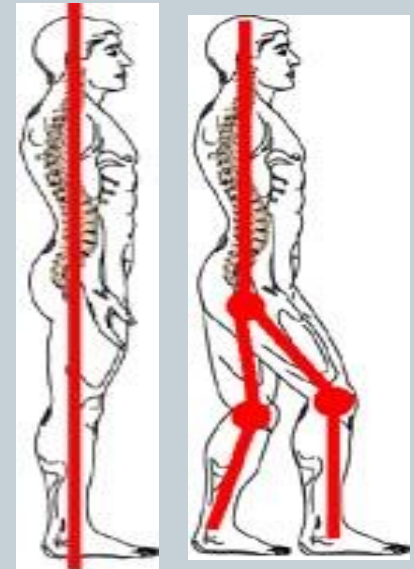
## **Princípios fundamentais para manter postura correcta:**

- **Aumentar a base de sustentação. A estabilidade é maior quando os pés estão distanciados um do outro cerca de 25 a 30 cm;**

# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



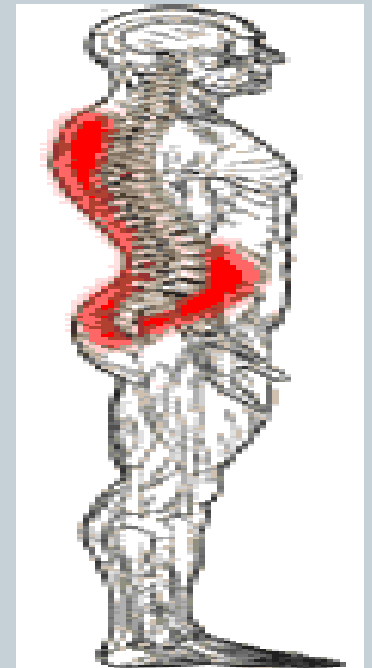
- Evitar torções do tronco, para evitar carga assimétrica nos discos intervertebrais (coluna vertebral);
- Manter as costas direitas, dobrando os joelhos na realização das actividades.



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



- Os músculos devem estar ligeiramente contraídos.



# A NOSSA POSTURA PARA PREVENIR LESÕES MÚSCULOESQUELÉTICAS



**Posicionamentos na cama;  
Transferências cama-cadeirão/cadeira.**

**VAMOS TREINAR!**



**OBRIGADO**